

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST DESNIÈRE

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP

Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :

Dr P. MENKLEN

Les Annales de dermatologie et de syphiligraphie paraissent mensuellement le 25 de chaque mois.
Chaque numéro forme environ 5 feuilles avec planches et figures dans le texte.
Prix de l'abonnement annuel : Paris, 30 fr. ; — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME IX. — N° 3.

25 mars 1888.

SOMMAIRE.

- Mémoires originaux : I. De la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, par L. BROCO.
II. Notes pour servir à l'étude de l'action du mercure sur l'organisme, par A. RÉMOND.
- Résumé de faits : I. Héredo-syphilis à la seconde génération, par DEZANNEAU.
II. Fièvre herpétique à manifestations cutanées et oculaires, par H. FÉCLARD.
- Revue de dermatologie : I. Contribution à l'étude des érythèmes, par POLOTEKHOFF. — II. Étude générale sur les roséoles, par MOREL-LAVALLÉE. — III. Éruptions médicamenteuses, par PRINCE A.-MOROW. — IV. Des effets toxiques de l'iodoforme, par TAYLOR. — V. Erythème iodoformique, par A. TROUSSEAU. — VI. Accidents imputables au pansement à l'iodoforme, par WALTICH. — VII. Dermatite provoquée par l'antipyrine, par SPITZ. — VIII. Exanthème provoquée par l'antipyrine, par SCHWARTZ. — Pathogénie de l'urticaire hydatique, par DESOER. — X. Nodosités rhumatismales, sans rhumatisme articulaire, par GILLY.
- Varia : Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les universités allemandes et austro-hongroises (suite), par le professeur LÉLOIN.
- Nécrologie : CHAUBAT.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXVIII

AVIS. — Les auteurs des Mémoires originaux insérés dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail, tirés en sus, sans aucunement ni changement de pagination. — Il n'est pas fait de tirages à part.

EAU ARSENICALE EMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants Débiles — Maladies de la Peau et des Os

LA BOURBOULE

Rhumatismes — Voies respiratoires

ANÉMIE — DIABÈTE — FIÈVRES INTERMITTENTES

VIN DE CHASSAING — Pepsine et Diastase —

Dans son Rapport sur cette préparation (mars 1864), l'Académie de Médecine de Paris a déclaré qu'il n'y avait aucune incompatibilité chimique entre la Pepsine et la Diastase, et que l'association de ces deux ferment digestifs pouvait rendre des services à la Thérapeutique.

Depuis cette époque, le **Vin de Chassaing** a conquis dans l'art de guérir une place importante. La plupart des Médecins l'ont adopté et prescrit spécialement dans le traitement des *Dyspepsies*.

Peut-être, Monsieur le Docteur, avez-vous eu déjà l'occasion d'en prescrire l'emploi? Permettez-moi, dans tous les cas, de le placer sous votre patronage et de vous le recommander dans les cas de : *Dyspepsie, Gastralgie, Vomissements incoercibles, Diarrhées, Alimentation insuffisante, Convalescences, Perte de l'Appétit, des Forces, etc.*

(Dose : un à deux verres à liqueur à chaque repas.)



PARIS, 6, avenue Victoria
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

P. S. — La Pepsine et la Diastase sont préparées par nous à notre usine d'Asnières (Seine). Nous serions heureux de vous y recevoir, et de vous faire juge des soins que nous apportons à la fabrication de nos produits et des efforts que nous avons faits pour arriver à la bonne préparation des ferments physiologiques.

Sirop de Falières — Bromure de Potassium —

Les Bromures de Potassium du Commerce sont souvent impurs et contiennent jusqu'à 30 et 40 % de carbonate de potasse, d'iode de potassium et surtout de chlorure de potassium. L'Académie de Médecine de Paris l'a constaté lorsqu'en 1871 elle a donné, sur le rapport de l'un de ses Membres, M. le professeur Poggiale, son approbation exclusive au mode de préparation et de purification du Bromure de Potassium soumis par M. Falières.

Cette préparation a donc le mérite de vous offrir un Bromure de Potassium absolument pur. Chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de Bromure, une cuillerée à dessert 1 gramme, une cuillerée à café 50 centigrammes.

Vous en obtiendrez de bons résultats partout où l'emploi du Bromure de Potassium est indiqué.

Bromure de Potassium granulé de Falières

Chaque Flacon contient 75 grammes de sel pur et est accompagné d'une cuiller-mesure contenant 50 centigrammes. Cette préparation a le double avantage d'être économique et de permettre au malade de faire sa solution au moment du besoin et en se conformant à la prescription de son médecin.

PARIS, 6, avenue Victoria
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Sur votre demande, nous nous empresserons de vous adresser le Rapport de M. Poggiale, soumis à l'Académie de Médecine et approuvé par elle.

Phosphatine Falières

Aliment des plus agréables et pouvant entre les mains des Médecins être un excellent adjuvant de la médication phosphatée. Il vous rendra de bons services :

Chez les enfants, surtout au moment du sevrage ; chez les femmes enceintes ou nourrices ; chez les vieillards et les convalescents.

(Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de Phosphate de chaux pur et ASSIMILABLE.)

PARIS, 6, avenue Victoria
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

de
t la
ceas
ace
la
oi?
y la
lee,

ria
s.
re)u
om.
la

n'a
de
né,
on
mie
ent
o à
am

are
ue
ant

le,

ant

.)



4
M
M
M

c
d
p
le
et
re
se
q
ro

d

XUM

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

DE LA DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING

Arthritides bulleuses de BAZIN. — *Pemphigus pruriginosus* de M. le professeur HARDY. — *Hydrea* de quelques auteurs anglais.

I^{re} PARTIE. — EXPOSÉ ET DISCUSSION DES IDÉES DE DUHRING.

II^e PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE CHRONIQUE ET SUBAIGUE.

III^e PARTIE. — DES DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES.

IV^e PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE RÉCIDIVANTE DE LA GROSSESSE (*Herpes gestationis*).

Par le D^r L. BROcq, médecin des hôpitaux.

(Suite.)

DEUXIÈME PARTIE.

DESCRIPTION DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE CHRONIQUE

A POUSSÉES SUCCESSIVES.

Pour établir définitivement ce type morbide sur des documents indiscutables, nous ne publierons, comme exemples de cette maladie, que des observations caractérisées par une fort longue évolution, par des poussées continuelles subintrantes d'éruptions érythémateuses, vésiculeuses, bulleuses ou pustuleuses, par des phénomènes intenses de prurit et par une conservation complète du bon état général ; nous en avons réuni 28 ; elles sont tout à fait comparables entre elles, et nous paraissent constituer un type morbide bien restreint, c'est vrai, mais inattaquable en tant que type morbide réel. Ces 28 observations seules serviront de bases à la description qui va suivre.

Mais quand nous arriverons à l'étude de la marche de la maladie et de ses variétés, nous serons obligé de faire connaître deux autres séries

de documents que nous croyons devoir faire rentrer dans la même dermatose, dont elles élargissent le cadre. Ce sont :

1° Des observations caractérisées par les mêmes phénomènes éruptifs que les précédentes, par les mêmes phénomènes douloureux, mais dans lesquelles le malade, après un temps plus ou moins long pendant lequel il conserve son bon état général, finit par succomber (*Variété grave de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique*);

2° Des observations dans lesquelles les phénomènes éruptifs et douloureux sont également les mêmes que dans les précédentes, mais dans lesquelles, après des poussées éruptives successives de plusieurs mois au moins de durée, la guérison finit par s'établir, soit spontanément, soit sous l'influence apparente d'une médication appropriée (*Variété bénigne et variété subaiguë de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique*).

Toutes ces catégories et toutes ces distinctions nous semblent nécessaires, quelque artificielles qu'elles puissent paraître. C'est le seul moyen de ne pas tomber dans la confusion la plus complète. Nous avons déjà dit (et les faits que nous publierons dans notre troisième partie en traitant des dermatites polymorphes prurigineuses aiguës, le démontreront avec la dernière évidence) qu'il existe toute une chaîne non interrompue d'observations intermédiaires entre le type que nous étudions, chronique par excellence, et des éruptions identiques d'aspect et de troubles fonctionnels, mais ne durant que quelques jours. Les cas qui composent notre variété bénigne de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique peuvent être considérés comme constituant les premiers chaînons de cette série intermédiaire ; nous devons donc les catégoriser à part et ne pas appuyer sur eux la description qui va suivre.

Nous allons donc publier toutes ces observations en les résumant, et il reste bien entendu que nous n'utiliserons que les 28 premières pour la description des symptômes ; nous ne nous servirons des autres que lorsque nous parlerons de la marche de l'affection et de ses variétés.

D'ailleurs, ces faits sont tellement comparables entre eux au point de vue de leurs symptômes subjectifs et objectifs, que la description donnée d'après nos 28 premières observations s'applique complètement aux 13 suivantes. Les seules distinctions qui existent entre ces diverses catégories sont établies par leur évolution.

Historique. — Ainsi que nous l'avons déjà dit dans la première partie de cet article, c'est Duhring qui, par des publications incessantes, a, dans ces derniers temps, attiré l'attention des dermatologistes sur ce point de la pathologie cutanée. Nous avons démontré qu'il a eu, d'après nous, le

fort de trop généraliser et de vouloir faire rentrer trop de faits dans son groupe morbide. Cependant, nous avons reconnu que plusieurs des observations qu'il a signalées dans les anciens auteurs comme étant des exemples de dermatite herpétiforme, peuvent être considérées comme des cas de notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique ou tout au moins subaiguë. Citons parmi elles le fait de Chausit (herpes phlyctenoides, 1852), celui de Rayet (pemphigus circinatus, 1828), celui de Racle jeune (pemphigus chronique, 1841), celui de Devergie (pemphigus composé, herpès pemphigoiïde ou pemphigus herpétiforme) (1).

Mais ce ne sont pas là les seuls documents que l'on retrouve dans les auteurs antérieurs à Duhring, au sujet de l'affection qui nous occupe. Nous avons déjà vu que le pemphigus diutinus hémorrhagique de Devergie n'était autre chose qu'une variété éruptive de cette dermatose. Voici, d'autre part, ce que dit Cazenave, dans son *Traité des maladies de la peau* : « Le pemphigus peut exister avec une foule d'éruptions différentes : celles qui l'accompagnent le plus souvent sont l'*herpès* et surtout le *prurigo*. Dans cette dernière complication (*pompholix pruriginosus* de Willan), le malade éprouve des démangeaisons très vives (2). » « Dans quelques circonstances assez rares, quelques bulles du pemphigus aigu sont petites et agglomérées çà et là, et la maladie ressemble assez bien à des groupes d'herpès phlycténoïde; mais alors on trouve partout ailleurs les bulles isolées avec leurs caractères distinctifs (3). » Il est évident que Cazenave connaissait les faits que nous étudions; malheureusement il n'a pas compris leur valeur et ne les a pas distingués des autres affections bulleuses.

Il n'en a pas été de même de Bazin; aussi, suis-je fort étonné de ne pas le voir mentionné dans les travaux de Duhring. C'est à lui, en effet, qu'on doit rapporter l'honneur d'avoir le premier groupé ces faits et d'en avoir formé un type morbide distinct sous le nom d'*arthritides bulleuses* (4)? Nous devrions reproduire en entier son admirable description; nous y renvoyons le lecteur, et nous nous contenterons d'en citer quelques passages, qui montreront avec la dernière évidence que la dermatite herpétiforme, variété chronique, a été décrite bien avant Duhring par la vieille école dermatologique française; il n'y a que l'étiquette de changée.

(1) Voir ci-dessus la discussion de ces faits et ci-dessous leur résumé. Je fais observer que certains d'entre eux ne sont pas considérés par nous comme typiques et ne sont pas classés parmi les 28 observations qui constituent notre première catégorie.

(2) ALPH. CAZENAVE. *Abrégé pratique des maladies de la peau* (4^e édition, p. 203, 1847).

(3) CAZENAVE. *Loc. cit.*, p. 207.

(4) BAZIN. *Loc. cit.*, p. 303, 1868.

Le groupe des arthritides bulleuses de Bazin comprend deux affections : l'*hydroa bulleux* et le *pemphigus arthritique*.

1° *Pemphigus arthritique*.

« *Siège*. — Le *pemphigus arthritique* peut siéger sur toutes les surfaces du corps ; mais il est d'abord limité à certaines régions, sur les muqueuses buccales ou pharyngiennes, vaginales, sur les coudes, les avant-bras, les cuisses, etc... ; ce n'est qu'à la longue qu'il vient à se généraliser.

« *Symptômes*. — L'éruption débute tantôt par les muqueuses, tantôt par la peau..... Si elle débute par la peau, on observe de larges placards d'un rouge foncé sur la face, les membres ou le tronc. Souvent sur ces placards se manifestent d'abord des vésicules petites, eczémateuses... qui ne tardent pas, sur certains points, à devenir volumineuses, et bientôt on observe de véritables bulles... Ces poussées bulleuses sont, du reste, irrégulières, de sorte que le pemphigus arthritique présente alors un mélange d'eczéma et d'éruption pemphigoïde, et souvent aussi d'hydroa bulleux (1).

« Lorsque l'affection a duré un certain temps, les bulles sont plus nombreuses et plus volumineuses. Elles se manifestent par poussées successives sur des plaques rouges, érysipélateuses, et elles finissent par envahir la plus grande partie du corps. Cependant le pemphigus peut rester limité à certaines régions comme les avant-bras, les mains ou les membres inférieurs.

« Les bulles sont inégales de volume... ce sont surtout les plus petites qui affectent le groupement en demi-cercle. Dans les premiers moments, les bulles sont transparentes, mais le liquide qu'elles renferment ne reste pas séreux longtemps ; il se trouble, s'épaissit, devient purulent, et se transforme en croûtes jaunâtres ou brunâtres.

« Les parties malades sont le siège d'une tension douloureuse plus ou moins intense, et quelquefois d'un prurit violent. Ces symptômes ont lieu surtout avant et pendant les poussées éruptives ; ils peuvent revêtir alors une telle intensité, qu'ils empêchent complètement le sommeil.

« Lorsque le pemphigus n'est pas généralisé, et dans l'intervalle des poussées bulleuses, l'affection ne présente pas de gravité apparente ; l'appétit est conservé, et les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Mais dans les conditions opposées, le malade est obligé de garder le lit ; il est épuisé par la douleur et par les sécrétions cutanées et intestinales.

« *Marche. Durée. Terminaisons*. — Le pompholix se manifeste par

(1) Voyez plus loin la critique de l'hydroa bulleux de Bazin.

des poussées successives, d'abord séparées par des intervalles de temps variable, et qui, plus tard, deviennent permanentes. La durée de l'affection est toujours très longue; elle persiste pendant des mois et des années, et souvent le malade qui se croit guéri voit apparaître de nouvelles bulles sans cause appréciable. La terminaison ordinaire du pemphigus arthritique est la guérison. »

Cette affection semble donc correspondre assez exactement à notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique.

2° *Hydroa bulleux.*

L'*hydroa bulleux* de Bazin correspond au contraire assez exactement aux faits que nous avons rangés dans notre troisième catégorie sous le nom de variété bénigne ou subaiguë de la dermatite polymorphe prurigineuse à poussées successives.

« L'*hydroa bulleux*, dit Bazin (1), est une affection caractérisée à sa période d'état par des bulles inégales, peu volumineuses, se manifestant par poussées successives et auxquelles succèdent des croûtes ou des squames foliacées, remplacées elles-mêmes par des maculatures passagères. Cette affection se rapproche du pemphigus par l'existence de bulles; mais elle s'en distingue par l'inégalité et le peu de volume de ces bulles, et en même temps par son influence beaucoup moins nuisible sur l'état général. Je la désigne souvent sous le nom de *pemphigus à petites bulles*.

« L'affection s'est montrée sur les bras, le tronc et les cuisses; elle s'est aussi manifestée un certain nombre de fois sur la muqueuse buccale. Elle affecte de préférence les parties voisines des articulations et la face interne des membres.

« L'éruption est quelquefois précédée par du malaise, de la perte d'appétit et un léger mouvement fébrile. Mais, ordinairement, les symptômes généraux cessent promptement et font souvent défaut. *Le seul phénomène prodromique qui soit constant est un prurit quelquefois très intense.*

« L'éruption se manifeste par des bulles, dont les principaux caractères sont la petitesse et l'inégalité de volume; les unes sont de la grosseur d'une lentille, les plus considérables ne dépassent pas le volume d'une petite noisette. Elles sont remplies d'un liquide transparent, qui se trouble rapidement et prend une couleur jaunâtre; enfin, elles reposent sur une surface rouge, qui s'étend à leur base sous la forme d'une auréole..... Il peut même arriver un moment où l'on n'observe, pour ainsi dire, que de larges surfaces érythémateuses, recouvertes çà et là

(1) BAZIN. *Loc. cit.*, p. 303, 1868.

de croûtes plus ou moins épaisses, et où l'on ne trouve que quelques bulles isolées ou réunies en demi-cercle, qui viennent dénoter l'affection. Dans l'intervalle des poussées, on n'observe aucun phénomène morbide, si ce n'est un prurit ordinairement très marqué et persistant. Le malade conserve l'appétit et la nutrition n'est point altérée.

« L'hydroa bulleux présente une marche chronique : il se manifeste par des poussées successives, et a une durée qui est, en général, de cinq à six mois. Il est sujet à de fréquentes récidives. »

La seule différence que Bazin trouve à signaler entre son hydroa bulleux et son pemphigus arthritique est tirée du volume des bulles, plus petites dans l'hydroa. Ce caractère n'est pas sérieux ; il suffit de lire les deux descriptions précédentes pour s'en convaincre ; dans le pemphigus arthritique, Bazin signale, en effet, des vésicules petites, eczémateuses ; il mentionne, d'autre part, des bulles du volume d'une noisette dans l'hydroa. Aussi finit-il par dire que, dans le pemphigus arthritique, on peut voir survenir des éruptions d'hydroa bulleux. Tout cela prête à la confusion et a contribué, en même temps que la mauvaise dénomination de ces deux groupes morbides, à les laisser à peu près complètement dans l'oubli.

Ce qui est vrai, c'est que le pemphigus arthritique et l'hydroa bulleux doivent être étroitement rapprochés l'un de l'autre ; qu'ils ne sont très probablement que des variétés d'une seule et même affection, qu'ils correspondent avec quelques modifications (car leur silhouette est moins nette, qu'on nous permette de le dire, que celle de nos groupes morbides), l'un, le pemphigus arthritique, à notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique vraie (1^{re} catégorie de faits), l'autre, l'hydroa bulleux, à notre dermatite polymorphe prurigineuse bénigne ou subaiguë à poussées successives (3^e catégorie de faits).

Tels sont, avec les travaux de Tilbury Fox, dont nous avons déjà parlé dans la première partie de ce travail, les documents les plus importants qui aient été publiés à notre connaissance sur cette question avant les recherches de Duhring. Ce qui précède prouve, ce nous semble, avec la dernière évidence, que le type morbide dont nous nous occupons en ce moment et dont les 9 observations de l'éminent dermatologiste de Philadelphie (1) sont des exemples, a déjà été esquissé par Bazin sous les noms de pemphigus arthritique et d'hydroa bulleux.

Parmi les autres documents connus que nous croyons pouvoir ranger dans ce groupe, citons, dans la thèse de Hassan-Mahmoud, faite sous l'inspiration de M. le professeur Hardy (2), l'observation VIII (pemphigus prurigineux généralisé), et l'observation IX (pemphigus généralisé à

(1) Voir la première partie de ce travail.

(2) HASSAN-MAHMOUD. Du pemphigus. (*Thèse de Paris*, 12 décembre 1868.)

poussées successives). L'observation de la leçon du D^r Hutchinson sur la curabilité du pemphigus par l'arsenic est sans doute un fait analogue aux précédents (1) ; mais les lacunes qu'on y trouve ne nous permettent pas de nous en servir.

Dans son ouvrage sur les maladies de la peau, Tilbury Fox (2) cite le cas d'une dame âgée de 23 ans, chez laquelle une affection herpétiforme d'abord, puis pemphigoïde et prurigineuse persista pendant deux ans au moins, puis finit par disparaître. Cette observation nous semble pouvoir être classée dans la dermatite polymorphe prurigineuse chronique bénigne. Il fait remarquer qu'il y a des cas dans lesquels l'éruption quasi-herpétique ou pemphigoïde est précédée d'une irritation cutanée considérable, et est suivie d'un véritable rash prurigineux. « C'est là, dit-il, probablement l'affection appelée pemphigus pruriginosus. Il en a vu deux autres cas très remarquables en 1870. Dans l'un, l'éruption survint à la suite d'une éruption d'herpès circiné parasitaire du tronc. Dans l'autre, il s'agissait d'un homme qui avait eu beaucoup de chagrins. Dans les deux cas, la maladie était symétrique et affecta les régions suivantes : coudes, partie postérieure de l'avant-bras, cubitus, mollets, fesses, angles de l'omoplate, en un mot toutes les parties saillantes du corps, celles qui étaient soumises à des pressions et à des frictions. L'éruption était composée de petites bulles groupées par quatre, cinq ou davantage sur une base rouge de la grandeur d'un shilling ou plus. Avant l'apparition des bulles, il y avait des phénomènes de cuisson qui duraient une demi-heure, puis production d'une rougeur vive. Les bulles crevaient en un jour ou deux en laissant des papules prurigineuses ou devenaient des croûtes. Elles se produisaient par poussées successives, et laissaient après elles la peau épaissie, pigmentée. Les symptômes douloureux, en particulier le prurit, causaient de l'insomnie. Le système nerveux intervenait sans doute dans la pathogénie de ces affections. Les cas prurigineux sont fort rebelles ; on emploiera l'hygiène, le régime, la fer, la noix vomique, la quinine, l'huile de foie de morue, le colchique chez les gouteux, les diurétiques ».

Cette description semble bien se rapporter aux faits que nous étudions, aussi l'avons-nous traduite presque *in extenso*.

Plus tard, Tilbury Fox (3) crut devoir ranger la plupart des faits analoges à ceux que nous venons de signaler dans un seul et même groupe morbide auquel il donna le nom d'hydroa, et dont il distingua trois

(1) J. HUTCHINSON. (*Lectures on clinical Surgery*. Vol. I, p. 49 et suivantes, London, 1879).

(2) TILBURY FOX. *Skin diseases*. Chapitre des formes anormales d'éruptions bulleuses : Hydroa, p. 215, 1873.

(3) TILBURY FOX et COLCOTT FOX. *Arch. of Dermatology*, janvier 1886. — Voir la première partie de ce travail.

variétés. Sa troisième variété, ou *hydroa pruriginosum*, nous paraît correspondre à l'entité morbide que nous tâchons d'établir en ce moment.

Son élève, Radcliffe Crocker (1), quoique moins précis que lui, a publié récemment des exemples de cette affection; il en a donné une description assez bonne, bien qu'il ait compris dans son groupe *hydroa* presque tous les faits rangés par Duhring dans la dermatite herpétiforme. (Voir notre première partie.)

Sous le nom de *pemphigus insolite*, H. Weber a publié, en 1877, un cas de dermatite polymorphe prurigineuse chronique (2). Il serait peut-être possible de ranger également dans ce groupe un des faits que Riegel a relatés, en 1882, dans son mémoire sur le *pemphigus chronique* (3).

Depuis les premiers travaux de Duhring, les communications et les mémoires sur ce sujet se sont multipliés en Angleterre et surtout en Amérique. Nous en avons déjà discuté plusieurs. Certains des faits publiés par A.-R. Robinson (4), Fox (5), L. Duncan Bulkley (6), Bronson (7), Arthur van Harlingen (8), Malcolm Morris (9), Bulkley et Elliot (10), nous paraissent être des exemples de la dermatose que nous étudions.

Nous aurions voulu donner *in extenso* tous les documents sur lesquels nous allons appuyer notre description. Malheureusement, les nécessités de la publication ne nous permettent à notre grand regret que de donner un fort court résumé des observations françaises et étrangères non inédites.

(1) H. RADCLIFFE CROCKER. (*The British med. Journal*, p. 966, 22 mai 1886.)

(2) H. WEBER. Société médico-pharmaceutique du district du canton de Berne 1877 (*Corr. Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 594, 1^{er} octobre 1878).

(3) RIEGEL. *Wiener med. Wochens.* (Obs. 3, 1882).

(4) A. R. ROBINSON. *Hydroa; impetigo herpetiformis, dermatitis herpetiformis* (*Journal of cut. and venereal diseases*, janvier 1885).

(5) FOX. Société dermatologique de New-York, 24 mars 1885 (*Journal of cut. and ven. diseases*, p. 150, mai 1885).

(6) L. D. BULKLEY. De l'existence de la dermatite herpétiforme de Duhring comme maladie distincte (*Journal of cut. and ven. diseases*, p. 111, 1886).

(7) BRONSON. Cas de dermatitis herpetiformis (*New York dermat. Society, 165^e meeting. — Journal of cut. and ven. diseases*, p. 340, novembre 1886).

(8) ARTHUR VAN HARLINGEN. Trois cas de dermatitis herpetiformis (*The Polyclinic*, octobre 1886).

(9) MALCOLM MORRIS. *Harveian Society of London*, 19 mai 1887 (*British med. journal*, p. 1216, 4 juin 1887).

(10) BULKLEY et ELLIOT. *New York dermat. Society* (Voir *Journal of cut. and ven. urinary diseases*, p. 187, mai 1887).

I^{er} GROUPE DE FAITS.OBSERVATIONS DE DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE CHRONIQUE
A POUSSÉES SUCCESSIVES (CAS TYPIQUES).

OBSERVATION X (1). — (*Observation de Cazenave, recueillie par Racle.*) — *Pemphigus chronique.* — *Diarrhée.* — *Péritonite chronique.* — *Fèvre hectique.* — *Mort* (2).

Homme âgé de 36 ans, atteint depuis l'âge de 28 ans d'une éruption généralisée de bulles de grandeurs variables précédées de rougeurs et de vives démangeaisons, évoluant par poussées successives avec une certaine réaction fébrile surtout au début. Entré d'abord à l'hôpital Saint-Louis en bon état, le malade y fut emporté au bout d'un an et demi de séjour par une péritonite très probablement tuberculeuse et paraissant être indépendante de l'affection cutanée.

OBSERVATION XI. — (*1^{er} cas de Devergie.*) — *Pemphigus diutinus hémorrhagique* (3).

Femme âgée de 45 ans, atteinte depuis trois ans, à la suite d'une colère assez vive, d'une éruption urticarienne papulo-bulleuse hémorrhagique, donnant parfois naissance à des ulcérations profondes recouvertes d'une pseudo-membrane noirâtre. L'affection évolue par poussées successives, et redouble vers les époques menstruelles.

OBSERVATION XII. — (*8^e observation de la thèse de Hassan-Mahmoud.*) — *Pemphigus prurigineux généralisé pour M. Hardy.* — *Hydroa pemphigoidé pour M. Guibout* (4).

Homme âgé de 62 ans, atteint depuis plus de six mois d'une éruption fort prurigineuse composée de plaques rouges, de bulles de dimensions et de formes variables, de croûtes, généralisée à tout le tégument sauf la face, la paume des mains et la plante des pieds.

OBSERVATION XIII. — (*9^e observation de la thèse de Hassan-Mahmoud.*) — *Pemphigus généralisé à poussées successives.* — *Pemphigus successif.*

Femme âgée de 44 ans, atteinte depuis plus de trois ans d'une éruption quasi-généralisée de bulles fort prurigineuses, évoluant par poussées successives, et laissant après elles des croûtes, puis des macules.

(1) Les neuf premières observations sont les observations de Duhring que nous avons analysées dans la première partie de ce travail.

(2) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (2^e vol., n° 3, p. 80, octobre 1844).

(3) DEVERGIE. *Traité pratique des maladies de la peau* (2^e édition, p. 306, 1857).

(4) HASSAN-MAHMOUD. *Du pemphigus* (Thèse de Paris, p. 98, 1868).

OBSERVATION XIV. — (Cas de H. Weber.) — *Pemphigus insolite* (1).

Homme âgé de 20 ans, atteint depuis quatre ans d'une éruption très prurigineuse de taches d'un rouge bleuâtre, de vésicules et de bulles.

OBSERVATION XV. — (Cas du Dr Fox.) — *Dermatitis herpetiformis* (2).

Femme atteinte depuis six ans d'une éruption vésiculo-bulleuse assez prurigineuse répondant à ce que quelques auteurs appellent pemphigus pruriginosus.

OBSERVATION XVI. — (Cas de L. Duncan-Bulkley (3).]

Homme âgé de 25 ans, atteint depuis six ans d'une éruption généralisée, multiforme, fort prurigineuse, de plaques érythémateuses, de papules, de vésicules et de pustules, évoluant par poussées successives. Le malade finit par guérir sous l'influence de la médication arsenicale.

OBSERVATION XVII. — (Cas du Dr Bronson (4).]

Homme de 32 ans, atteint depuis cinq ans d'une éruption prurigineuse disséminée sur la plus grande partie du corps, de papules, de vésicules, de bulles, figurées ou non.

OBSERVATION XVIII. — (Cas VIII du mémoire de Radcliffe Crocker sur l'hydroa.)

Homme de 40 ans, atteint depuis trois ans, à la suite d'une violente émotion morale, d'une éruption prurigineuse de plaques érythémateuses circonscrites, puis de vésicules et de bulles.

OBSERVATION XIX. — (Cas I^{er} du mémoire d'Arthur van Harlingen.) — *Observation fort importante à consulter au point de vue de la description des éléments éruptifs* (5).

Femme âgée de 52 ans, atteinte depuis plus de sept mois d'une éruption quasi-généralisée et fort prurigineuse de papules urticariennes figurées ou non, de bulles, d'éléments herpétiformes. Cette éruption évolue par poussées successives qui s'accompagnent de quelques phénomènes généraux.

OBSERVATION XX. — (Cas de Malcolm Morris (6).]

Homme âgé de 28 ans, atteint depuis quatre ans d'une éruption très prur-

(1) H. WEBER. *Société médico-pharmaceutique du district du canton de Berne*, 1887 (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 13, p. 594, 1^{er} octobre 1878).

(2) FOX. *Société dermatologique de New-York*, 24 mars 1885 (Voir *Journal of cut. and venereal diseases*, p. 150, mai 1885).

(3) L. DUNCAN BULKLEY. De l'existence de la dermatite herpétiforme de Duhring comme maladie distincte (*Journal of cut. and venereal dis.*, p. 111, avril 1886).

(4) BRONSON. Cas de dermatitis herpétiformis (*New York dermat. Soc.*, 163^e meeting. — Voir *Journal of cut. and ven. dis.*, p. 340, novembre 1886).

(5) ARTHUR VAN HARLINGEN. Trois cas de dermatitis herpétiformis (*The Poly-clinic*, octobre 1886).

(6) MALCOLM MORRIS. *Harveian Society of London*, 19 mai 1887 (Voir *British med. Journal*, p. 1216, 4 juin 1887).

rigineuse se manifestant sous forme de poussées successives de vésicules, de bulles, sur une base érythémateuse ; elle est symétrique dans sa distribution.

OBSERVATION XXI.— [*Cas du Dr Bulkley, présenté par le Dr Elliot sous le nom de dermatitis herpetiformis* (1).]

Homme de 26 ans, atteint depuis un an et demi d'une éruption très prurigineuse, érythémateuse et vésiculeuse, évoluant par poussées successives, et qui s'est accompagnée d'alopecie et d'altérations de tout le système pileux.

*Cas inédits observés dans ces dernières années à l'hôpital
Saint-Louis de Paris.*

OBSERVATION XXII. — (*Service de M. le Dr E. Vidal. Observation prise d'abord par M. de Marignac, puis par M. Brocq, internes. — Diagnostiquée : Pemphigus diutinus à petites bulles. — Communiquée par M. le Dr Vidal.*)

B..., Agée de 50 ans, repasseuse, entre, le 8 octobre 1880, salle Saint-Jean, n° 68, dans le service de M. le Dr E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. Elle a eu de la gourme pendant son enfance ; réglée à 18 ans elle a eu dix enfants tous bien portants. Actuellement elle est encore bien réglée. Comme autre antécédent morbide, elle n'a qu'un ictère à signaler.

Il y a quatre mois, après une vive contrariété, elle vit apparaître autour de la bouche une éruption de bulles, qui gagna en huit jours le reste du corps. Depuis cette époque, la malade n'a jamais pu arriver à se débarrasser de cette affection, malgré tous les traitements qu'elle a tentés.

Etat actuel. — Elle est un peu fatiguée ; elle dort peu la nuit à cause des démangeaisons qu'elle éprouve. Le corps tout entier, quoique le ventre, le dos et la poitrine ne soient que peu intéressés, est atteint d'une éruption polymorphe, caractérisée par des papules, des vésicules, des pustules, et quelques larges bulles entourées d'un cercle inflammatoire ; certaines de ces dernières atteignent les dimensions d'une pièce de 1 franc (pied droit).

Rien aux parties génitales ni à la bouche. M. le Dr E. Vidal porte le diagnostic de *Pemphigus diutinus à petites bulles*. Il fait, le 25 octobre, à gauche une inoculation de vésicules transparentes, et, à droite, une inoculation de vésico-pustules. Comme traitement, il prescrit le régime lacté, et des applications d'emplâtre rouge, emplâtre qui contient du minium et du cinabre.

Le 30 octobre, on trouve deux vésicules sur la jambe droite à l'endroit où les inoculations de vésico-pustules avaient été faites. On pratique alors trois piqûres d'épingle purifiée à droite et deux à gauche pour voir ce que donnera la simple irritation des téguments. Le 2 novembre, on constate qu'il ne s'est produit aucune lésion aux points traumatisés par l'épingle purifiée.

15 novembre. La malade va très bien ; l'état général est des plus satisfaisants. Les excoriations et les croûtes ont presque complètement disparu ; il ne reste plus que des macules violacées. De temps en temps quelques bulles apparaissent encore ; mais elles deviennent de plus en plus rares. Des ino-

(1) *New-York dermat. Soc.*, 171^e meeting (Voir *Journal of cut. and ven. urin. diseases*, p. 187, mai 1887).

culations de bulles parfaitement transparentes que l'on fait à l'avant-bras gauche, au bras et à la cuisse ne donnent aucun résultat.

Le 10 décembre, il survient une nouvelle poussée de bulles; cette poussée continue à se produire avec intensité pendant plusieurs jours, puis elle diminue à partir du 19 décembre. De nouvelles inoculations pratiquées avec des éléments séreux et des éléments séro-purulents restent négatives.

Le 31 janvier 1881 survient une nouvelle poussée assez forte sur le bras; le 1^{er} février, elle gagne les jambes. Le 16 février la malade éprouve des douleurs très intenses dans les bras; ces douleurs disparaissent le 20.

A partir du 8 mars, les éruptions successives de bulles semblent ne plus se produire; la malade se sent beaucoup mieux. On ne trouve pas de cristaux d'acide urique sur des fils que l'on a passés dans des bulles de pemphigus; mais on croit constater dans le liquide des bulles la présence de microbes.

Le 19 avril la malade a eu une nouvelle rechute sérieuse; on la met au régime lacté intégral, et comme elle a de la diarrhée, on ajoute au lait 80 grammes d'eau de chaux par litre.

L'état de la malade continue à être le même pendant tout le courant de 1881. Il faut noter cependant une amélioration notable qui a eu lieu pendant le mois d'août et qui a paru coïncider avec l'administration de la strychnine.

Pendant l'année 1882, la malade a continué à avoir de temps en temps des poussées de bulles accompagnées d'un prurit intolérable sur les mains, les avant-bras, les jambes et en moins grande abondance sur le tronc. Elle a quitté l'hôpital dans le même état.

OBSERVATION XXIII. — (Service de M. le D^r E. Vidal. Observation prise par M. Brocq, interne du service. Diagnostiqué : *Pemphigus diutinus pruriginosus*.)

D., âgé de 62 ans, cordonnier, entre le 30 juin 1881, salle Saint-Jean, n° 23, dans le service de M. le D^r E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. Il a eu, pour tout antécédent pathologique, de la gourme pendant son enfance, une blennorrhagie et un chancre mou. Il est malade depuis le mois de septembre dernier; à cette époque, l'affection a débuté par de petits boutons blancs, dit-il, et par des démangeaisons qui étaient surtout vives le soir. Il a été traité pour cela à Metz, mais il ne sait comment.

État actuel. — Les ganglions cervicaux sont tuméfiés. Sur le cou, on constate des rougeurs qui semblent être les vestiges de bulles ou de pustules antérieures; en effet, elles sont nettement circonscrites et sur leur surface on voit des débris d'épiderme. Sur la partie postérieure du cou se trouvent des plaques rouges assez étendues sur lesquelles on constate des débris de bulles, des croûtes, des bulles suppurées et plusieurs petits soulèvements bulleux de l'épiderme qui, par place, se réunissent les uns aux autres. En certains points, en passant légèrement le doigt sur ces plaques rouges, on sent que l'épiderme se plisse comme si on y avait appliqué un vésicatoire.

Sur le dos, on constate la présence de bulles remplies pour la plupart de liquide purulent, de cicatrices pigmentées d'un rouge foncé, nombreuses, assez profondes, sans doute consécutives à des éruptions semblables à celles qui existent maintenant, car le malade nous dit qu'elles sont de formation récente.

Sur les bras, et sur les avant-bras, on trouve des bulles pemphigoides, les unes remplies d'un liquide citrin, les autres d'un liquide purulent, les autres

enfin à l'état de croûtes. Elles reposent presque toutes sur une base rouge ; la plupart des bulles que l'on voit assez nettes semblent se rapporter à la variété de pemphigus diutinus dit à petites bulles. Quelques-unes sur l'avant-bras gauche renferment un liquide sanguinolent ; sur l'avant-bras droit plusieurs sont petites, assez nettement limitées, sans rougeur périphérique ; sur le dos de la main droite existe une énorme bulle renfermant de la sérosité transparente.

Sur les jambes, traces de grattages ; les démangeaisons y sont très fortes ; çà et là bulles de pemphigus, les unes transparentes, les autres suppurées, d'autres enfin converties en croûtes.

Le malade a un peu de bronchite chronique et d'emphysème ; en dehors de cette légère complication, l'état général est parfait ; pas de diarrhée, excellent appétit, il y a de la polyurie. Comme traitement, on le met au régime lacté, on lui donne de l'arséniate de soude et on l'enveloppe avec du liniment oléo-calcaire et de l'ouate.

Le malade se plaint les jours suivants de sensations de cuissons qui l'empêchent de dormir, et comme il ne voit pas d'amélioration rapide dans son état, il quitte bientôt l'hôpital.

OBSERVATION XXIV. — (*Service de M. le Dr E. Vidal. — Observation prise par M. Raymond, interne du service. — Communiquée par M. le Dr E. Vidal.*)

C. . . . , Catherine, âgée de 56 ans, ménagère, entre le 29 juin 1886, salle Alibert, n° 14, service de M. le Dr E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. Elle a une sœur épileptique ; une deuxième sœur, fort nerveuse, a eu des attaques pendant sa jeunesse. La malade a cessé d'être réglée à 52 ans ; elle a eu un enfant à l'âge de 16 ans ; à 47 ans, elle a eu un zona. Elle est sujette à avoir des migraines, des névralgies, des douleurs vagues dans les membres, et elle a une insuffisance aortique ancienne. Depuis un an, elle se sentait faible, souffrante ; elle toussait beaucoup et dormait peu. Enfin, il y a sept mois, elle a vu survenir à la figure une éruption de boutons que les médecins ont désignés sous le nom de bulles, et elle est entrée à Saint-Louis dans le service de M. le Dr E. Besnier, où elle est restée quatre mois.

A cette époque, elle avait des bulles sur les avant-bras, les bras, la poitrine et la muqueuse buccale. Cette éruption s'accompagnait d'angine et de conjonctivite. Elle présentait de plus de larges plaques rouges sur le corps. Les bulles étaient de grosseurs variables, la malade prétend en avoir eu d'aussi volumineuses que des noisettes ; il y en avait qui contenaient un liquide hémorrhagique. Elle éprouvait des sensations de tension très douloureuse à la paume des mains et à la plante des pieds ; l'état général était mauvais, elle ne dormait pas et ne mangeait plus. Les bulles se développaient rapidement en une seule nuit.

Je (Dr Brocq) la vis à cette époque dans le service de mon très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, et dès lors je diagnostiquai, ainsi que lui, une dermatite herpétiforme de Dunning. Voici la courte note que je pris à cette date sur la malade.

« Le 16 février 1886, j'ai vu, chez M. le Dr E. Besnier, une femme, âgée de 59 ans, atteinte depuis plusieurs mois et présentant les phénomènes éruptifs suivants :

« 1° Cercles érythémateux plus ou moins grands de 2 centimètres à

12 ou 15 centimètres de diamètre, foncés et nettement arrêtés à leur périphérie, s'éloignant vers le centre qui est un peu jaunâtre; ils siègent surtout aux mains, aux avant-bras, à la partie interne des cuisses et çà et là sur le tronc.

« 2° *Soulèvements bulleux de l'épiderme*, les uns transparents, quelques-uns hémorrhagiques, d'autres purulents; certains sont exulcérés, à l'anus en particulier, et les surfaces mises à nu sont suintantes; ces soulèvements bulleux sont situés sur les cercles érythémateux.

« 3° *Bulles vraies de pemphigus*, çà et là, formées directement sur la peau saine.

« 4° *Des lésions des muqueuses*; il y a une bulle sur la langue; il y en a eu d'autres sur cet organe ainsi que sur la voile du palais.

« L'affection semble s'aggraver peu à peu; d'abord apyrétique, elle s'accompagne de fièvre depuis deux jours. »

Après être restée quatre mois dans le service de M. le Dr E. Besnier, la malade sortit de l'hôpital fort améliorée et pour ainsi dire sans éruption. Quelques jours après les symptômes morbides reparurent.

État à son entrée dans le service de M. le Dr Vidal. — Sur les membres supérieurs se voient des bulles qui ont pour la plupart les dimensions d'une lentille; il y en a toutefois de plus volumineuses; elles sont remplies d'une sérosité citrine et entourées d'une aréole rouge érythémateuse. La malade dit que ces formations bulleuses sont précédées de papules rouges dont l'apparition s'accompagne pendant plusieurs heures de sensations douloureuses de brûlure, de cuisson et de prurit. A la face dorsale des mains, les bulles sont en effet entremêlées de papules; à la face palmaire existent ces mêmes papules dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 20 centimes; en certains points, leur partie centrale est blanche, non saillante, comme s'il y avait un commencement d'exsudation. Çà et là sur les bras et les avant-bras se voient des croûtes noirâtres, phase ultime de l'éruption.

Sur les épaules, mêmes lésions; les bulles y ont peut-être des dimensions plus grandes. Elles existent aussi sur toute l'étendue du dos, autour de la ceinture, sur l'abdomen. En différentes régions et surtout sur les seins, on retrouve des papules irrégulières, légèrement saillantes, avec une légère zone blanche centrale. Elles ne disparaissent pas à la pression et sont le siège de démangeaisons vives. Sur les fesses, l'éruption est assez confluyente, et les bulles, plus grosses que partout ailleurs, forment de véritables phlyctènes qui semblent être constituées par la confluence de plusieurs bulles. On trouve disséminées sur les membres inférieurs quelques papules irrégulièrement circulaires avec début de vésicule centrale. Sur les pieds, l'éruption est abondante et elle a déterminé l'apparition d'un œdème assez accentué. — Comme traitement, on prescrit de la solution arsénicale, le régime lacté et l'enveloppement avec de l'ouate et du liniment oléo-calcaire.

11 août. La malade, que je (Dr Brocq) soigne pendant les mois d'août et de septembre en remplacement de M. le Dr E. Vidal, se plaint de sensations de faiblesse très marquées qui la prennent de temps en temps. Elle a toujours çà et là, disséminées sur le corps, des éruptions prurigineuses érythémato-vésiculeuses et bulleuses. Depuis quelque temps il se forme des ecchymoses au devant du tibia droit dans une étendue de plusieurs centimètres. Je la traite par le sulfate de quinine et l'ergotine. Ce traitement que je prolonge pendant quelque temps amène une amélioration telle que, du 10 au 18 sep-

tembre, elle peut se croire guérie. Mais la suppression de ces médicaments est bientôt suivie de rechutes successives.

22 novembre. M. le Dr E. Vidal soumet la malade à l'iodure de potassium; il lui en donne 4 grammes par jour. Au moment où on en commence l'usage, la malade présente çà et là, sur le corps, des bulles disséminées, transparentes, reposant sur une base rouge. Dès le 24 novembre, on est obligé de cesser l'iodure, car il s'est produit une poussée éruptive des plus intenses, ressemblant tout à fait à une poussée d'érythème polymorphe. Autour des articulations, sur le tronc, se voient de larges plaques érythémateuses arrondies variant comme dimensions de celle d'une pièce de 1 franc à celle d'une pièce de 2 francs. En certains points, la poussée est plus intense; il s'est formé des soulèvements épidermiques avec bulles de dimensions variables, les unes isolées, les autres confluentes, et formant des phlyctènes irréguliers d'aspect. La malade éprouve de vives sensations de brûlure et de cuisson. Le visage est pâle, les yeux injectés. Puls 84. Température axillaire 38°. Le 25 novembre, l'éruption augmente encore; il se forme de larges plaques d'érythème circonscrit, marginé, qui atteignent plusieurs centimètres de large, irrégulières, et qui sont saillies au-dessus du niveau des téguments.

Dès le 27 novembre l'état s'améliore, et le 30, la poussée causée par l'iodure disparaît.

En décembre, il se forme dans la paume des mains des soulèvements épidermiques causés par du liquide qui se résorbe très rapidement; de telle sorte qu'il reste de petites squames desséchées formant collerette; tout à côté on voit de petites collections punctiformes de liquide citrin. La malade a une légère polyurie puisqu'elle urine environ deux litres et demi par jour; elle rend de 27 à 30 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

Elle sort en février 1887 sans être guérie; elle présente toujours des éruptions érythémato-bulleuses prurigineuses disséminées au front, aux jambes, aux bras, et sur le thorax.

OBSERVATION XXV. — (Service de M. le Dr E. Vidal, observation communiquée par lui.)

J..., Alphonse, âgé de 55 ans, journalier, entré le 26 avril 1887, salle Devergie, n° 31, dans le service de M. le Dr E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. Comme antécédents morbides, il présente un éthyisme avéré, une luxation de la hanche gauche en 1872 et une fistule anale qui fut opérée en 1875 par M. Panas. L'année dernière, à la même époque, il aurait eu une éruption identique comme siège et comme aspect à celle dont il est atteint à l'heure actuelle.

Celle-ci a débuté il y a trois mois par la face inférieure de la verge; puis elle a gagné le fourreau, le scrotum, les plis inguinaux, les cuisses, les fesses, l'épigastre, le dos, enfin le cou et la face. Partout où elle a évolué, on retrouve des macules pigmentaires consécutives aux éléments bulleux.

Actuellement on voit sur le scrotum de grosses vésicules isolées, bien distinctes, confluentes par places, hémisphériques, sans aréole inflammatoire, sans modification aucune des téguments voisins. Elles contiennent un liquide incolore qui leur donne un aspect cristallin. Elles sont nombreuses et volumineuses sur la face inférieure de la verge et sur la face supérieure correspondante du scrotum, quelques-unes sont même excoriées et ont laissé une surface à vif suintante; elles sont rares au contraire et petites sur la face supérieure de la verge.

On retrouve aussi quelques éléments vésiculeux et bulleux à la figure, mais le malade en a exorcié la plus grande partie, de telle sorte que la plupart des lésions élémentaires sont méconnaissables, et que l'éruption dans son ensemble a un faux aspect d'impétigo; les croûtelles jaunâtres reposent sur une base rouge et enflammée. Sur la nuque, dans la barbe, autour des yeux, sur le bord libre des lèvres, on retrouve des lésions identiques. Sur le voile du palais se voit une grosse vésicule. On en observe également deux ou trois sur la face dorsale de la main droite, quelques-unes sont groupées sur les épaules, etc.

Des macules brunâtres dont le malade est tacheté couvrent presque tout le corps; on les trouve sur les épaules, l'abdomen, les cuisses, etc...; elles sont isolées ou confluentes, brunâtres par places, lie de vin sur les cuisses.

L'éruption dont le malade a souffert au printemps de 1886, et qui a duré pendant cinq mois, a été identique à celle de cette année, mais elle a respecté la face. Comme celle-ci, elle s'accompagnait d'un prurit des plus intenses et de sensations de brûlure et de cuisson. Les vésicules surviennent brusquement, en quelques heures, d'emblée sur la peau saine, sans rougeur prémonitoire.

M. le Dr E. Vidal porte les diagnostics de dermatite herpétiforme de Dühring, pemphigus pruriginosus de Hardy, pemphigus arthritique de Bazin; il prescrit des onctions avec le liniment oléo-calcaire.

Au commencement du mois de mai, le malade a une poussée éruptive intense, pendant laquelle des bulles apparaissent sur les organes génitaux, sur les cuisses, sur les avant-bras.

Vers le 1^{er} juin, il est fort amélioré; il ne reste presque plus que des macules pigmentaires. Le 12 juin, il a une nouvelle poussée éruptive toujours accompagnée comme les autres de vives démangeaisons, surtout au moment où les éléments vésiculo-bulleux se forment. Jusqu'à la fin de juin, cet état reste stationnaire, quoique la poussée ait de la tendance à se calmer. Il n'y a rien dans le canal de l'urèthre. L'état général est bon. On le perd de vue le 18 juillet, après un séjour de trois mois à l'hôpital. Ce cas est fort remarquable par la tendance de l'éruption à se produire du côté des organes génitaux.

OBSERVATION XXVI. — (*Observation due à l'obligeance de M. le Dr Lailier, recueillie dans son service à l'hôpital Saint-Louis par son interne M. Girode.*)

D... Jeanne, âgée de 66 ans, femme de ménage, entre le 31 mars 1887, salle Lugol, n° 15. La malade a six frères ou sœurs; trois sont bien portants une sœur est morte de variole hémorrhagique en 1869, une deuxième sœur est morte phthisique pendant sa jeunesse, un frère est également mort phthisique en revenant de faire son temps de service. Pendant son enfance, la malade a eu quelques manifestations strumeuses telles que gourmes, coryzas, adénites. Elle a été réglée à 19 ans; la menstruation a toujours été irrégulière; elle a eu une fille qui a actuellement 30 ans et qui est bien portante. La ménopause est arrivée à 50 ans. L'éruption actuelle commença au moment où se produisirent les dernières ébauches de ses règles, il y a maintenant une quinzaine d'années. Elle se caractérisa par une poussée de vésicules ou de vésico-bulles que la malade appelle très justement des boules d'eau, disséminées sur tout le corps, mais plus abondantes sur les bras, sur le gauche en particulier. Ces bulles avaient le volume d'un pois ou davantage; elles étaient entourées, dès leur apparition, par une aréole rouge fugitive, et donnaient lieu à des picotements et à des démangeaisons. Puis se for-

maient des squames sèches ou des croûtes tantôt grisâtres, tantôt un peu brunâtres. Chaque élément éruptif mettait environ huit jours à évoluer. Puis, pendant qu'une première éruption disparaissait, il s'en produisait une autre, ayant les mêmes caractères; elles avaient de plus une tendance marquée à redoubler d'intensité au moment des époques menstruelles.

Les années suivantes, cette éruption persista et même s'aggrava. Les bulles se développaient en certains foyers de prédilection tels que le ventre, la ceinture, le membre supérieur gauche. Tandis qu'en beaucoup de points les éléments isolés se résolvaient complètement et ne laissaient après eux qu'une tache pigmentaire assez faiblement colorée et transitoire, en d'autres régions il persistait de larges placards éruptifs squameux et croûteux, eczématoïdes. La santé générale restait assez bonne.

Pendant ce dernier hiver, et surtout pendant les mois de février et mars, l'éruption en placards a beaucoup augmenté surtout à l'abdomen. Les bulles se rompant donnaient lieu à un suintement marqué qui empesait le linge; c'est cette aggravation récente qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital. Au dehors elle s'est traitée par la liqueur de Fowler et les bains d'amidon.

État actuel. — La malade paraît un peu fatiguée, mais elle semble avoir une assez bonne constitution. L'éruption qu'elle présente est disséminée sur presque tout le corps: elle prédomine aux avant-bras, aux bras, à l'abdomen et aux jambes. Elle a deux aspects fort différents suivant les régions:

1° Aux endroits où elle est maximum, elle est constituée par de grands placards à contours nettement polycycliques, peu surélevés, recouverts de squames ou de croûtes peu saillantes, sauf vers les bords où ils sont nettement arrêtés. Le fond est rougeâtre, peu coloré. La peau est épaissie et indurée. Les placards éruptifs ont l'aspect d'une lésion en voie de disparition. A côté se trouvent d'autres plaques moins étendues et plus récentes dont le centre est occupé par une croûte plate, grisâtre ou un peu brune. Autour de cette croûte centrale se voit un mince anneau vésiculo-bulleux, d'un blanc mat ou grisâtre, enfin le tout est entouré d'un cercle érythémateux. Certaines plaques plus anciennes n'ont, au centre, qu'une macule brunâtre, déprimée, autour de laquelle s'étend une triple zone d'extension croûteuse, vésiculeuse et érythémateuse. Parfois la progression ne se fait que dans une seule direction; et alors, au lieu de cercles d'extension, on n'a que des arcs de cercle. Enfin quelques plaques extensives se sont réunies et figurent des placards polycycliques marginés, analogues aux placards éteints que nous avons signalés plus haut, mais en pleine activité.

2° La lésion élémentaire de la maladie est constituée par des bulles ou des vésiculo-bulles petites, disséminées çà et là presque partout, mais surtout aux mains, vers l'éminence thénar. Elles apparaissent sur le fond pigmenté, brunâtre des anciens placards éteints; leur couleur est grisâtre ou blanchâtre. Sur le tronc, quand la malade se tient debout, les bulles les plus volumineuses prennent une teinte à peine grisâtre en haut, d'un blanc mat en bas car la partie solide de leur contenu obéit aux lois de la pesanteur. Aux mains elles s'affaissent et se dessèchent, puis leur paroi épidermique s'exfolie en une mince squame sans qu'il s'écoule de liquide. La dernière apparition de bulles a été accompagnée de sensations de piqure, de vive chaleur. Les démangeaisons sont assez intenses, surtout la nuit. Les fonctions digestives sont intactes. Peut-être y a-t-il du côté de la valvule mitrale un léger degré de rétrécissement.

Le liquide des bulles est alcalin, fort albumineux : le microscope y découvre de nombreux et volumineux leucocytes à contours nets, chargés de granulations rondes et réfringentes, qui prennent par l'exposition aux vapeurs d'acide osmique la teinte brune caractéristique de la graisse. Pas d'autres éléments figurés à l'examen direct ; quelques cellules épidermiques fragmentées dans les bulles plus vieilles. On n'a jamais pu, par les procédés de coloration usuels, démontrer la présence de micro-organismes dans le liquide des bulles.

Le 31 mars et le 1^{er} avril, la malade a de légères hémoptysies ; à l'auscultation, on trouve quelques signes de congestion pulmonaire vers la base droite. Cet accident ne se renouvelle plus, et, dès le 5 avril, on peut noter que l'état général de la malade est bon. Chaque jour apparaissent quelques bulles nouvelles. Le 13, il y a une certaine accalmie dans les phénomènes éruptifs. Cependant, le 30, il se produit toujours quelques bulles surtout aux mains, du côté de la face palmaire.

Le 10 mai, poussée plus forte, surtout aux mains et au ventre ; le 20 mai, l'éruption est un peu rouge et irritée en certains points de l'abdomen. Le 1^{er} juin, la malade va fort bien ; elle n'a plus que quelques bulles aux mains. Malheureusement elle sort à cette époque de l'hôpital.

OBSERVATION XXVII (*Service de M. le Dr E. Vidal. Observation communiquée par lui.*)

G..., François, âgé de 62 ans, typographe, entre le 3 mai 1887, au Pavillon Gabrielle, n° 7, service de M. le Dr E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. J'ai (Dr Brocq) observé ce malade pendant toute la durée de son séjour ; je l'ai même soigné en août, septembre et octobre pendant l'absence de M. le Dr E. Vidal. Les antécédents morbides se réduisent à quelques accidents strumeux pendant son enfance, à quelques douleurs vagues lors des variations atmosphériques, et à éruptions de nature douteuse qu'il désigne sous le nom d'eczéma, qui ont persisté depuis l'âge de 45 ans, en s'accompagnant de démangeaisons. Les manifestations cutanées n'ont pris une réelle importance qu'à partir d'avril 1886. A cette date, il a vu paraître sur les bras, les avant-bras, puis sur les cuisses et sur les jambes des éléments bulleux qui crevaient au bout de deux ou trois jours en laissant à nu un derme hérissé d'élevures groupées les unes à côté des autres, d'un rouge foncé. Cette éruption était disséminée sur tout le corps ; elle évoluait par poussées successives séparées par des intervalles plus ou moins longs.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, l'éruption est généralisée ; cependant la face paraît indemne. Elle est constituée par une série d'éléments érythémateux et érythémato-papuleux groupés de diverses manières, mais presque toujours de façon à dessiner des circinations ; les éléments périphériques sont plus saillants et plus colorés qu'au centre.

Aux jambes, il s'est formé des vésicules sur ces cercles érythémateux ; aux jarrets, on voit une bulle pemphigoiide. En certains points on trouve des taches pigmentées, vestiges d'éruptions antérieures.

Pendant tous les mois de mai, juin et juillet, la maladie évolue en présentant toujours les mêmes caractères et en s'accompagnant de phénomènes de prurit, de cuisson et de brûlure des plus intenses. Voici quel était l'état vers la fin de juillet.

Aux pieds, l'affection présente un aspect assez spécial qui s'est peu à peu

développé dans les derniers mois ; on y voit des lésions anciennes qui forment, vers la face dorsale du pied, des plaques irrégulières, de plusieurs centimètres de diamètre, d'aspect grisâtre et papillomateux. Des débris épidermiques et un peu de suintement séro-purulent vers les bords indiquent qu'elles sont consécutives à des formations bulleuses. Le fond est hérissé d'excroissances papillomateuses volumineuses acuminées, pressées les unes à côté des autres, formant une saillie de cinq centimètres au moins au-dessus des téguments voisins. Elles sont recouvertes de croûtes assez adhérentes, et dans les sillons qui séparent les excroissances se trouve une sérosité louche, fétide, peu abondante. Ces productions papillomateuses s'enlèvent facilement par le raclage ; au-dessous d'elles, le derme est peu altéré, rouge, légèrement suintant. Elles se retrouvent sur les bords des orteils où elles forment des séries irrégulières. Sur tout le pourtour de ces plaques papillomateuses, en particulier au pied droit (mais le pied gauche est également très atteint), on constate la présence de vésicules géantes, confluentes par places, et parfois de véritables bulles remplies d'un liquide trouble, séro-purulent. Ces soulèvements épidermiques, qui forment des collerettes autour des lésions papillomateuses, sont peu tendus, ridés, aplatis. Quelques-uns sont fort nettement entourés d'une zone érythémateuse violacée, quelques-uns ont été déchirés et l'on voit que le derme à leur niveau commence à prendre un aspect papillomateux et à se recouvrir de croûtes. C'est ainsi que se fait l'extension centrifuge de ces lésions.

Vers le cou de pied, on remarque des traînées et des groupes de petites vésicules transparentes fort prurigineuses reposant sur un derme très pigmenté. Sur la face externe des jambes se voient des circinations érythémateuses de grandeurs variables, fort prurigineuses, sur lesquelles se forment des vésicules minuscules, confluentes par places, et des bulles de dimensions également variables et dont quelques-unes atteignent le volume d'un œuf de pigeon. Par places, les groupes de vésicules simulent tout à fait des groupes de zona. Sur les cuisses, on trouve des taches érythémateuses circonscrites, arrondies, à centre légèrement coloré, à périphérie d'un rouge violacé ; sur les bords elles présentent parfois de petits soulèvements épidermiques qui s'affaissent et se rompent rapidement. Sur les fesses, amas de vésicules éparses.

Aux mains et aux avant-bras on ne peut constater la présence de productions papillomateuses ; par places se voient des taches pigmentées, à bords peu nets, vestiges d'anciennes éruptions, mais surtout de fort nombreuses vésicules irrégulièrement groupées, isolées sur la peau saine, ou réunies en groupes sur des placards érythémateux ; elles siègent surtout vers la région externe.

Les deux lèvres sont légèrement infiltrées, et sont recouvertes d'une éruption abondante. Le malade souffre beaucoup de sensations de cuisson et de douleurs lancinantes dans la bouche. Sur la langue, et en particulier sur ses bords et à la face interne des joues, se voient des ulcérations irrégulières, rouges, avec soulèvements épidermiques blanchâtres. Les amygdales volumineuses et le pharynx sont couverts de vésicules herpétiques ; il doit y en avoir également sur la pituitaire, car le malade se plaint d'épistaxis répétées et de sensations de cuisson dans les fosses nasales.

Les dérangeaisons sont violentes, incessantes et causent de l'insomnie et de la fatigue. L'état général est bon, l'appétit conservé, mais la mastication et la déglutition sont des plus douloureuses. On fait laver la bouche avec du pavois, du borate de soude et l'on touche les ulcérations buccales avec une solution de cocaïne dans la glycérine.

En août, je prescrivis des pilules d'ergotine et de bromhydrate de quinine (40 centigr. de chacune) combinées avec l'arséniate de soude. Il survint une amélioration très marquée. Les éruptions bulleuses cessent de se produire sur les membres; mais çà et là paraissent encore quelques cercles érythémateux prurigineux. Quelques vésicules se montrent toujours dans la bouche et sur les pieds. Le prurit est moins intense, mais presque incessant. Des applications de cataplasmes de fécule assez longtemps prolongées font tomber les productions papillomateuses. Mais la plante des pieds reste toujours couverte d'une épaisse couche cornée à travers laquelle on voit des saillies papillaires volumineuses : elle est toujours sensible, prurigineuse. De nombreuses taches pigmentaires couvrent le corps.

Le 10 septembre, survient une nouvelle poussée de vésicules : elle siège surtout aux pieds, à la face dorsale du pied droit en particulier; quelques vésicules sont confluentes et ont formé des bulles assez volumineuses. Elles reposent sur la peau saine ou pigmentée, sans aréole érythémateuse périphérique. La langue est toujours douloureuse : elle est un peu scléreuse vers les bords, et sur ces parties indurées se voient des ulcérations irrégulières.

On cesse la quinine et l'on reprend l'arséniate de soude à hautes doses.

1^{er} octobre. Il survient une nouvelle poussée de vésicules aux pieds; quelques-unes sur la langue. On reprend les pilules de bromhydrate de quinine et d'ergotine. Le 2 octobre, on constate quelques cercles érythémateux à la partie inférieure des avant-bras et sur les jambes. Cette poussée avorte en quelque sorte et n'arrive pas jusqu'à la production de bulles. Le 8 octobre, il se forme de nouvelles lésions à la face interne des joues.

Novembre 1887. — L'état du malade est bien amélioré depuis le mois d'août; sa peau est pigmentée par places dans une assez grande étendue; les pieds sont toujours tuméfiés et douloureux à la face plantaire et aux orteils, parties qui sont recouvertes d'une épaisse couche cornée jaunâtre. Le malade y éprouve de violentes sensations de cuisson et de prurit. Sur les membres, les seules lésions qui s'y produisent de temps en temps sont des cercles érythémateux prurigineux. Les seuls éléments vésiculeux que l'on constate encore se forment aux pieds et dans la cavité buccale, sous la langue en particulier.

15 décembre 1887. L'état du malade est fort satisfaisant. Il n'éprouve plus que quelques sensations de prurit, et n'offre plus comme lésions que quelques ulcérations buccales et de nombreuses macules disséminées çà et là sur tout le corps. Le traitement interne a été suspendu depuis longtemps.

OBSERVATION XXVIII. — (Inédite. — Communiquée par M. le Dr E. Vidal, recueillie par M. le Dr Le Juge de Segrais.)

M. X..., âgé de 20 ans, tempérament arthritique et nerveux, est né à Port-Louis, île Maurice, pendant une épidémie très meurtrière de fièvres intermittentes pernicieuses. Grand-père maternel gouteux, atteint de paralysie agitante; ascendants migraineux et rhumatisants.

A 5 mois, premier accès de fièvre intermittente; presque en même temps, apparition de deux phlyctènes de pemphigus sur les petits orteils, puis sur la partie externe des deux jambes. A chaque accès, nouvelle poussée.

A mesure que l'enfant grandit, l'éruption pemphigode prend de l'extension. On l'observe à l'âge de 8 ans sur les mains et aux poignets. La phlyctène était précédée de démangeaisons; le liquide était incolore, quelquefois

rougeâtre. Lorsque l'enfant faisait des chutes, soit sur les coudes, soit sur les genoux, soit sur les jambes, il se formait *loco dolenti* des phlyctènes dont le liquide était sanguinolent. Isolées au début, elles prennent de l'extension, se rejoignent pour n'en former qu'une seule large et étalée. Une fois qu'on avait donné issue au liquide, l'épiderme se détachait pour laisser à nu le derme qui suppurerait. Il se formait alors, au centre de la plaie, une croûte entourée d'écailles qui se détachaient plusieurs fois avant que la réparation du derme ne fût complète. La peau de nouvelle formation était mince et luisante.

Lorsque le liquide de la phlyctène était trouble, la peau tout autour était chaude, rouge et tendue; la phlyctène devenait alors très douloureuse, et au bout de vingt-quatre heures environ, le liquide devenait purulent. L'état inflammatoire durait deux jours, et une fois la suppuration établie, après l'incision de la phlyctène, la douleur cessait. Dans ce cas, il y avait de la fièvre, et cet état fébrile augmentait par l'engorgement des ganglions lymphatiques qui devenaient douloureux, que le pemphigus siégeait sur le membre supérieur ou sur le membre inférieur.

La localisation habituelle a toujours été symétrique. Au membre supérieur, le pemphigus occupait la face dorsale des mains, au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus et des articulations métacarpo-phalangiennes, et phalango-phalangiennes; au membre inférieur, il siégeait aux genoux, à la partie externe et antérieure des jambes, sur les deux malléoles et sur les orteils. Il ne s'est jamais présenté dans une autre région du corps. Il y a toujours eu du prurit précédant et accompagnant les poussées. Il n'y en a pas dans leur intervalle.

A l'âge de 10 ans, M. X... vint en France; il y fut soigné par MM. Bazin et Hardy. Il ne fut amélioré par aucun traitement. Une saison à la Bourboule, en 1878, augmenta et provoqua les poussées de pemphigus. En 1879, 1880, 1883, saisons à Luchon; amélioration progressive. Pas d'apparition nouvelle pendant plus d'un an. — Actuellement, c'est-à-dire depuis deux ans, pendant l'été, les éruptions sont bornées à la partie antérieure des jambes où elles occupent un espace limité à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Elles ont été en général provoquées par les fortes chaleurs de l'été, et disparaissent pendant l'hiver.

D^r LE JUGE DE SEGRAIS.

N. B. — Cette observation est remarquable par le début de l'éruption à l'âge de 5 mois, par sa durée pendant 20 ans, par sa limitation en certains points du corps. Elle diffère, par ce dernier caractère, de la plupart des autres cas connus.

DEUXIÈME GROUPE DE FAITS. (*Variété grave.*)

OBSERVATIONS PARAISSANT ÊTRE DES DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES CHRONIQUES À POUSSÉES SUCCESSIVES AYANT ABOUTI À UNE TERMINAISON FATALE.

Nous faisons remarquer qu'à la rigueur on pourrait ranger dans ce groupe l'observation X; mais, dans ce fait, la mort semble avoir été fort nettement le résultat d'une complication intercurrente et non celui de

la dermatose elle-même. Nous reconnaissons, d'autre part, qu'il est peut-être un peu arbitraire d'y ranger les observations XXX, XXXI et XXXII; nous renvoyons, pour leur discussion, aux notes que nous leur avons annexées.

OBSERVATION XXXIX. — (*Observation due à l'obligeance de M. le Dr Lailier, — Recueillie, dans son service, par son interne M. Girode. — Inédite.*)

Arthur B..., âgé de 39 ans, cultivateur, entre le 7 juin 1877, pavillon Bazin, n° 84, service de M. le Dr Lailier, à l'hôpital Saint-Louis. La maladie actuelle a débuté, il y a environ 20 mois, sans cause appréciable, par les deux paupières inférieures. Elle s'y est cantonnée pendant dix mois; il s'est formé une tache rouge qui s'est bientôt recouverte d'une phlyctène peu saillante qui se desséchait sur place sans se rompre, sauf parfois sous l'influence du grattage. Au bout de quelques semaines, les squames ou les croûtes tombaient, puis les mêmes phénomènes se reproduisaient. C'est à partir du mois d'août 1886 que l'éruption a envahi les parties voisines et a tendu à se généraliser. Avant son entrée à l'hôpital, le malade a été traité par le cérat simple, la pommade à l'oxyde de zinc, le mélange à parties égales de soufre, de savon noir et d'huile de cade, et par de la tisane de feuilles de noyer. L'affection n'a nullement été modifiée.

Etat actuel. — Le malade n'est pas nerveux; il a tous les attributs extérieurs d'une bonne constitution; en 1871, il a eu peut-être une péricardite. L'éruption a envahi pour ainsi dire tout le corps, sauf les mains, les pieds et le bas des jambes; elle est disposée en plaques, placards, ou grandes zones; mais avec des intervalles de peau à peu près saine. Dans les points les plus récemment atteints, on peut étudier l'aspect initial et la forme élémentaire de la lésion. C'est une rougeur de la peau sur laquelle se développe une bulle ou une vésiculo-bulle peu saillante à laquelle succède une squame mince, ou une croûte plus épaisse et jaunâtre, rarement hémorrhagique par suite du grattage.

Les lésions débutent par une vésicule ou par une petite vésico-bulle remplie d'un liquide un peu louche reposant sur un fond rouge clair de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Puis la rougeur s'étale périphériquement et la bulle centrale s'agrandit en restant plate et louche. Ailleurs, on trouve une plaque érythémateuse encore arrondie avec centre squameux ou croûteux, cercle bulleux entourant ce centre, aréole érythémateuse périphérique. Sur des plaques plus anciennes, le centre est parfois desquamé et à peine pigmenté ou même sain. L'extension ne reste pas longtemps régulièrement centrifuge; quand la plaque éruptive a dépassé le diamètre d'une pièce de cinq francs, presque toujours elle cesse de gagner par un de ses côtés, et alors l'autre moitié s'étend dans une direction donnée, mais d'une manière assez capricieuse, en décrivant de véritables circinations; la partie en extension présente d'ailleurs toujours la triple bordure érythémateuse, bulleuse, squameuse, qui laisse derrière elle ou embrasse dans sa concavité une région desquamée, nette, ou à peine brunâtre.

Toutes les variétés précédentes de lésions se voient actuellement sur le tronc à côté les unes des autres. Sur la paroi abdominale et sur les membres (face postérieure des avant-bras et cuisses), l'éruption prend un caractère encore plus singulier. Derrière la triple bordure envahissante décrite plus haut, dans les points qui viennent de desquamer, il se produit, à trois ou quatre centimètres de la première rangée éruptive, une, deux, plusieurs

nouvelles éruptions qui marchent dans la même direction en se succédant à intervalles assez réguliers, développant leurs circonvolutions parallèlement aux éruptions précédentes, mais ayant un rayon d'autant plus petit qu'elles se sont produites plus tard. A la partie postérieure de l'avant-bras gauche, on trouve ainsi quatre rangées éruptives qui se suivent à des intervalles de trois centimètres environ. On ne peut donner une idée plus exacte de la lésion dans son ensemble qu'en la comparant à des vagues qui se succèdent dans une direction déterminée,

L'extension centrifuge de cet érythème bulleux n'est pas indéfinie; arrivée à un certain âge, la lésion s'arrête court et s'éteint sur place. Dans les cas d'éruptions successives concentriques, les plus récentes s'arrêtent avant d'atteindre le niveau de la première. Tout se dessèche en même temps dans une région donnée. C'est ce qui se voit à la partie externe de la cuisse droite. Quelquefois, pendant la dessiccation, une petite plaque éruptive réapparaît, soit entre les rangées en desquamation, soit au delà de la plus ancienne; cette plaque ne s'étale pas et évolue rapidement.

Le cuir chevelu présente une desquamation fine, sèche, abondante; pas de bulles, ni de croûtes, quelques zones rouges irrégulières.

La face est presque complètement recouverte de croûtes assez épaisses, formant une sorte de masque. Les croûtes sont jaunes ou un peu noirâtres, par places adhérentes et recouvrent une peau rouge et luisante. D'après le malade, cet état n'aurait guère changé depuis plusieurs semaines. Quelques croûtes se détachent, mais il s'en forme de semblables à leur place. Les muqueuses ne présentent rien de particulier.

En quelques points du tronc, le malade, en se grattant, a déchiré des bulles et arraché des croûtes, et l'on trouve des surfaces excoriées et même comme érodées, rouges, luisantes, sécrétant un liquide jaunâtre qui empêche un peu le linge. Aux aisselles, au scrotum et à la partie correspondante des cuisses, les téguments offrent des surfaces rouges, luisantes, très suintantes. Sur la verge et surtout sur le gland se voit un pointillé granuleux rouge vif.

Les démangeaisons sont assez vives; elles étaient très violentes quelque temps avant l'entrée à l'hôpital. Elles manquent totalement par intervalles et reviennent irrégulièrement. Les poussées éruptives s'accompagnent de sensations de tension de la peau. La sensibilité tactile et la sensibilité thermique sont à peu près normales; il n'y a pas de fourmillements, pas de troubles trophiques du côté des ongles. Les poils sont rares sur les membres, et, d'après le malade, ils seraient tombés en partie; les sourcils sont plus clairsemés; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire perceptible. Il est difficile d'apprécier l'état de la fonction sudorale; cependant, quand le malade est au lit, même modérément couvert, les téguments deviennent facilement moites. Le mélange de la sueur et des sécrétions morbides développe autour de lui une odeur de macération épidermique d'une fétidité pénétrante. La peau donne à la main une sensation de chaleur. Le thermomètre marque le soir 38°,2. L'embonpoint n'a pas été modifié. L'appétit est modéré, mais régulier; les digestions sont bonnes, les selles normales. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Le sommeil est un peu irrégulier et agité. Le liquide des bulles est alcalin; il se prend en masse quand on le chauffe. L'examen microscopique y démontre la présence de cellules épidermiques gonflées de leucocytes, exceptionnellement de globules rouges: jamais on n'a pu y constater de microbes.

Juillet. — L'état du malade se modifie très peu. L'éruption procède par poussées qui évoluent en trois semaines environ, et offrent toujours le même aspect : les vagues successives sont même plus nettes que jamais aux cuisses et aux avant-bras. La maladie gagne vers les extrémités; l'éruption change un peu de caractère sur le tronc où elle tend à former une sorte de carapace croûteuse. Les croûtes, les squames tombent incessamment et se reproduisent : le lit du malade en est rempli. On poudre avec du talc mélangé d'essence de thym pour combattre la fétidité de l'odeur. Les démangeaisons sont devenues plus fortes, l'appétit a un peu diminué; il y a de la sensibilité au froid.

En août et en septembre, je (Dr Brocq) soigne le malade pendant le congé de vacances que prend M. le Dr Lailler. Au premier abord, l'aspect est tout à fait celui d'un pemphigus foliacé, et ce n'est qu'après un mûr examen que l'on parvient à reconnaître les éléments primitifs et la réelle nature de l'affection. Elle a d'ailleurs gagné les extrémités, et, en ce moment, elle est généralisée à toute l'étendue des téguments, sauf la paume des mains et la plante des pieds. Au-dessous des coudes et des genoux, elle a gardé son aspect primitif et offre tous les caractères de l'érythème bulleux avec les dispositions topographiques déjà mentionnées. Les bulles sont peut-être plus aplaties que par le passé, et, en certains points, la desquamation semble se faire, comme dans le pemphigus foliacé, sans qu'il y ait en réalité formation de bulles. D'ailleurs la lésion, même à l'état d'ébauche, garde sa disposition en zones concentriques. Au tronc, à la racine des membres et à la tête, les téguments sont uniformément squamo-croûteux avec des teintes rouges ou brunâtres. L'état général est toujours le même.

Le traitement n'a pas modifié sensiblement l'affection. Le malade a été surtout soulagé par les cataplasmes de fécule, le liniment oléo-calcaire, les bains prolongés pendant cinq ou six heures. Cependant, on a été forcé d'interrompre leur emploi, car ils ont été mal tolérés au bout d'un certain temps. La vaseline, le glycérolé d'amidon, l'enveloppement partiel avec le caoutchouc ont bien moins réussi. La poudre de talc a semblé rendre de grands services. J'ai essayé de lui faire prendre de l'ergotine et de la quinine, mais cette médication n'a pas été continuée assez longtemps pour qu'on puisse émettre quelque conclusion.

Peu de temps après mon départ du service, le malade s'affaiblit rapidement; il se produit des escharres au sacrum, et il finit par succomber au mois de novembre 1887.

OBSERVATION XXX. — (1^{re} observation de Bazin.) — *Pemphigus chronique de nature arthritique. Mort (1).*

Homme de 55 ans, atteint depuis longtemps de démangeaisons fort vives, et, depuis deux mois et demi, d'une éruption prurigineuse, de rougeurs, de vésicules et de bulles transparentes ou purulentes. Peu après son entrée à l'hôpital, il est pris de fièvre, d'agitation, de délire, et il succombe en quelques jours.

N. B. — Au premier abord cette observation à terminaison fatale et rapide ne semble pas devoir rentrer dans notre cadre. Un examen attentif montre

(1) BAZIN. Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, rédigées par L. Sergent. (Paris, 1860. — Obs. VIII, p. 342.)

cependant que le malade n'a probablement pas succombé aux seules atteintes de la dermatite. Celle-ci a évolué en effet pendant deux mois et demi avec conservation du bon état général, en présentant tous les caractères des faits que nous étudions ; puis, brusquement, se sont produits des symptômes d'une maladie fébrile aiguë, et la mort est arrivée en quatre ou cinq jours. L'autopsie, fort incomplète, ne nous paraît pas avoir de valeur. Il ne faut pas oublier que le malade était un cuisinier alcoolique.

OBSERVATION XXXI. — (2^e observation de Bazin.) — *Pemphigus chronique de nature arthritique.* — *Acné pilaris arthritique.* — *Mort* (1).

Homme âgé de 60 ans, atteint depuis près d'un an d'une éruption prurigineuse, s'effectuant par poussées successives, de plaques érythémateuses, de bulles petites et grosses ; il se produit vers le mois d'octobre une quasi-guérison de trois mois de durée. Le malade succombe dans le cours d'une récurrence survenue en janvier.

N. B. — L'observation ne contient malheureusement aucun détail sur la récurrence du mois de janvier et sur la façon dont la mort est survenue. Nous ne savons pas si elle a été causée par une complication, ou bien par les progrès de l'éruption. Or, la poussée de six mois sur laquelle nous avons des détails, poussée qui a été suivie d'une période de santé parfaite de trois mois, d'octobre à janvier, puis d'une récurrence, semble indiquer au contraire que nous aurions affaire à une variété plutôt assez bénigne de l'affection. On voit donc que cette observation, telle que nous la possédons, semble bien être un cas de dermatite polymorphe prurigineuse à poussées successives, mais qu'elle est difficile à classer faute de détails précis.

OBSERVATION XXXII. — (Cas de Rayer.) — *Intitulé : Pemphigus chronique.* *Bulles disposées en anneaux et en guirlandes ; complication avec l'herpès circinatus* (2).

Homme âgé de 68 ans, atteint depuis plusieurs mois d'une éruption prurigineuse de taches rouges saillantes de forme variable, de bulles, de croûtes, de vésicules, de lésions d'herpès circinatus. Après quelque temps de séjour à l'hôpital, il fut pris de diarrhée, maigrit beaucoup, s'affaiblit, on le fit sortir dans un état presque cachectique.

N. B. Au point de vue de l'évolution, cette observation ne peut être considérée comme complète, puisque l'on n'a pu suivre le malade, et puisque la durée constatée de la dernière poussée éruptive ne dépasse pas trois mois ; la première poussée qui a eu lieu un an auparavant n'a duré que cinq semaines et a été suivie d'une période d'accalmie. Les symptômes graves ultimes qui ont très probablement abouti à la mort semblent avoir été en relation avec du ramollissement cérébral et surtout avec l'affection cutanée. Nous considérons, d'autre part, l'éruption qu'a présentée le malade comme absolument typique de notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique ; les seules particularités d'évolution que nous venons de signaler nous ont empêché, à notre grand regret, de mettre ce fait, le plus ancien que nous connaissions, à côté de ceux de Duhring, (A suivre.)

(1) BAZIN. (*Loc. cit.*, p. 344.)

(2) RAYER. *Traité pratique et théorique des maladies de la peau*, 1835 (Obs. 27, p. 284).

NOTES POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE L'ACTION DU MERCURE SUR L'ORGANISME,

Par **A. RÉMOND**, ancien préparateur de chimie à la Faculté de médecine
de Nancy.

En 1886, Müller publiait, dans la *Medicinischen Klinik* de Würzburg, deux observations relatant le traitement et la guérison de syphilitides par l'absorption pulmonaire de vapeurs de mercure.

M. le professeur Spillmann nous ayant engagé à contrôler ces recherches et à étudier en même temps quelles étaient les variations subies par les excréta urinaires dans le cours du traitement mercuriel, nous avons, dans le courant de ces derniers mois, suivi comparativement deux syphilitiques; l'une était traitée par les vapeurs mercurielles, l'autre par les frictions; nous avons pu assister ainsi, chez toutes deux, d'une part, aux modifications subies par la nutrition sous l'influence du traitement; d'autre part, à la marche de l'élimination du mercure après ces différentes formes d'introduction du médicament dans l'organisme.

Avant de présenter ces deux cas, disons encore que nous nous sommes servis d'un procédé de dosage du mercure créé par nous, sous la direction et avec les très bienveillants conseils de M. Garnier, professeur de chimie à la Faculté. Ce procédé sera l'objet d'une note différente.

La première de nos deux malades était une femme de 22 ans, récemment infectée, d'ailleurs bien portante, qui présentait, à son entrée à l'hôpital, une éruption composée de papules et de vésicules multiples, répandues sur un fond de taches rosées et occupant la poitrine, le ventre, le côté interne des cuisses et les bras du côté de la flexion.

La malade fut placée dans un cabinet, d'une contenance de 50 mètres cubes environ, attenant à une des salles de l'hôpital et soumise à l'inhalation constante de vapeurs mercurielles. Pour obtenir ces vapeurs, nous avions étalé côte à côte 8 doses d'une poudre de mercure éteint avec de la craie, contenant chacune 9 grammes de métal, et répondant à une surface de 187 centimètres carrés chacune. Tous les jours, les plus anciennes doses étaient renouvelées, si bien que toutes étaient soumises

à la volatilisation, à une température moyenne de 15°, pendant huit jours.

Les chiffres représentant l'élimination du mercure par les urines sont les suivants ; la série commence à partir du jour d'entrée de la malade dans le cabinet d'isolement, moment auquel 6 doses de poudre mercurielle avaient déjà été soumises à la volatilisation. Nous donnons le nombre de doses soumises à la volatilisation, l'état de l'éruption correspondant aux différents moments, et la quantité de mercure éliminée.

7° à 8° dose.	Mercur. éliminé	2 ^{me} ,92	Pas de modification dans l'éruption.
8° à 9°	—	3 ^{me} ,841	
9° à 10°	—	4 ^{me} ,91	
10° à 11°	—	5 ^{me} ,40	
11° à 12°	—	4 ^{me} ,38	Les vésicules des avant-bras sèchent
12° à 13°	—	8 ^{me} ,38	et se recouvrent de petites croûtes
13° à 14°	—	5 ^{me} ,512	squameuses.
14° à 15°	—	7 ^{me} ,21	
15° à 16°	—	7 ^{me} ,33	
16° à 17°	—	7 ^{me} ,403	

Aux cuisses et au ventre apparaissent les mêmes modifications de l'éruption que précédemment aux avant-bras.

18°, 19°, 20°, 21°, 22°, 23°, 24°, 25°, 26°, 27°, 28° dose.....

Les croûtes tombent ; la malade se plaint de douleurs dans les gencives et dans la gorge ; coryza.

A côté des traces laissées par les squames précédentes, il reparait quelques vésicules. La douleur des gencives et de la gorge a cédé sans traitement.

28° à 29° dose.	Mercur. éliminé	7 ^{me} ,64
29° à 30°	—	7 ^{me} ,403
30° à 31°	—	8 ^{me} ,864

A ce moment, la première éruption a totalement disparu. Quelques nouvelles vésicules se sont reproduites, mais il devient impossible de continuer l'expérience, la malade montrant manifestement des signes d'anémie, due probablement à sa longue détention dans un espace où l'air était renouvelé le moins possible.

Le lendemain de sa sortie, elle éliminait encore 6^{me},32 de mercure ; mais nous ne pûmes la suivre, car on se mit à la traiter par les frictions pour lui permettre de quitter plus rapidement le service.

L'air du cabinet où elle avait été enfermée contenait, au moment de sa sortie, un peu plus de 1 milligramme de mercure en vapeurs ; par mètre cube d'air.

Voici, pendant ce temps, l'élimination du chlore, de l'acide phosphorique et de l'urée. Chaque chiffre représente la moyenne des dosages faits pendant quatre jours consécutifs. Les quatre premiers jours la malade n'avait pas encore été traitée.

	18-23 mars.	23-27 mars.	27-31 mars.	31-4 avril.	14-18 avril.
Cl.....	9 ^{me} ,669	9 ^{me} ,778	10 ^{me} ,530	7 ^{me} ,980	9 ^{me} ,180
Ph ⁷⁰	2 ^{me} ,339	1 ^{me} ,760	2 ^{me} ,350	2 ^{me} ,650	2 ^{me} ,550
Urée.....	30 ^{me} ,209	24 ^{me} ,450	25 ^{me} ,840	25 ^{me} ,300	26 ^{me} ,660

Il résulte de ces chiffres que l'élimination du Cl et de l'acide phosphorique n'a pas été sensiblement influencée par le traitement; seule l'élimination de l'urée a diminuée d'une quantité très appréciable, ce qui semble indiquer une diminution dans l'activité des échanges.

En résumant cette observation, on peut donc, il nous semble, conclure hardiment à la fonction du poumon comme organe capable d'absorber du mercure, à dose thérapeutique. Il va sans dire que la séquestration absolue du malade ne rend pas ce moyen de traitement pratique, mais c'est là une indication absolue à ne pas laisser les malades soumis aux frictions séjourner dans un milieu aussi souillé de vapeurs de mercure, que l'est trop souvent le lit de ces malades.

Une question se posait aussitôt. Ne seraient-ce pas les vapeurs du mercure employé en frictions qui, pénétrant dans le poumon, donneraient à ce mode de traitement toute sa valeur thérapeutique?

Nous avons cherché à la résoudre; c'est là l'objet de notre seconde série d'analyses.

Au mois de juin, ou plutôt fin avril, entrainé dans le service de M. Spillmann une fillette de 9 ans, présentant comme état général une émaciation considérable et une anémie profonde. Comme lésions locales, des troubles du côté de la rétine et de l'oreille interne, des dents de Hutchinson, et une destruction presque complète des amygdales, la droite principalement; ces glandes, la partie avoisinante du pharynx et les piliers, étant rongés par deux ulcérations sanieuses symétriques, rendant la déglutition très difficile.

Les commémoratifs, du côté des ascendants, permirent de poser le diagnostic de syphilis héréditaire.

On décida de la soumettre à des frictions mercurielles, et celles-ci furent appliquées avec les précautions suivantes : chaque friction était faite alternativement sur un quelconque des segments de chaque membre. Aussitôt après l'application de l'onguent, on recouvrait la surface frictionnée avec une bande de toile. Celle-ci était elle-même recouverte par une enveloppe de gutta-percha, dépassant de deux à trois travers de doigts la surface enduite, et appliquée au-dessus et au-dessous aussi soigneusement que possible contre la peau.

La malade était dans un état de déchéance organique considérable, comme le prouvent les chiffres suivants :

	1 ^{re} Friction. 3 juin. Ur. du 3-4.	3 ^e Friction. Ur. du 5-6.	7 ^e Friction. Ur. du 6-7.	9 ^e Friction. Ur. du 8-9.	9-10.
Cl.....	0 ^{re} ,728	0 ^{re} ,515	0 ^{re} ,156	0 ^{re} ,615	Anurie.
Ph ⁴⁰	0 ^{re} ,1472	0 ^{re} ,055	0 ^{re} ,058	0 ^{re} ,0492	
Urée.....	3 ^{re} ,404	1 ^{re} ,65	1 ^{re} ,565	1 ^{re} ,805	
Hg.....	0	Traces.	0 ^{re} ,003234	0 ^{re} ,00697	

	10 ^e Friction. Ur. du 12-13.	11 ^e Friction. Ur. du 13-14.	12 ^e Friction. Ur. du 14-15.	15 juin.	17 juin.	Ur. du 18-19.
Cl.....	0 ^{gr} ,588	0 ^{gr} ,407	0 ^{gr} ,495	Anurie.	Les fric- tions sont	1 ^{gr} ,466
Ph ² O ³	0 ^{gr} ,177	0 ^{gr} ,143	0 ^{gr} ,174		arrêtées à	0 ^{gr} ,224
Urée.....	2 ^{gr} ,654	2 ^{gr} ,615	2 ^{gr} ,384		la 15 ^e .	4 ^{gr} ,636
Hg.....	0 ^{gr} ,00462	0 ^{gr} ,00605	0 ^{gr} ,00513			0 ^{gr} ,000312
Du 19 au 20. Du 20 au 21.						
Hg.....	0 ^{gr} ,000392	0 ^{gr} ,00030				

Ici le mercure a mis plus longtemps à pénétrer, ou plutôt à s'éliminer de l'organisme ; c'est à peine si, après trois jours de traitement, il apparaît des traces de mercure dans les urines.

A la dixième friction, l'effet thérapeutique devient sensible ; les ulcérations se détergent et l'appétit revient un peu à la malade.

Un fait sur lequel nous appellerons l'attention, c'est la diminution brusque de la quantité de métal éliminé, au moment de la cessation des frictions, qui tombe d'une moyenne de 5 à 6 milligrammes par jour à 3 ou 4 dixièmes de milligramme dans le même temps.

Le traitement ayant été repris, il nous a été impossible de suivre plus longtemps l'étude de cette élimination pour ainsi dire résiduelle.

Les précautions ayant été prises pour empêcher l'absorption pulmonaire, on voit donc que la *peau à elle seule* peut servir de voie d'entrée au mercure, et nous pouvons conclure :

Le poumon et la peau constituent tous deux, indépendamment l'un de l'autre, un appareil d'absorption pour le mercure.

La voie pulmonaire est plus rapide.

Le mercure s'élimine par doses graduellement ascendantes.

L'élimination semble tomber rapidement à un chiffre qui ne serait que l'expression d'une dose pour ainsi dire résiduelle et non thérapeutique.

L'élimination des phosphates et des chlorures ne semble pas influencée.

La quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures baisse notablement.

Nous avons pensé que les résultats de ces recherches, que nous espérons du reste compléter dans quelque temps, auraient un certain intérêt pour les syphiligraphes.

RECUEIL DE FAITS.

I

OBSERVATION D'HÉRÉDO-SYPHILIS A LA SECONDE GÉNÉRATION.

Par le Dr **DEZANNEAU**, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

M. X..., sous-officier, âgé de 23 ans, a été réformé, au mois de novembre 1887, pour une hémiplegie; engagé volontaire en 1885, il a été atteint de fièvre typhoïde six mois après son entrée au régiment; cette maladie sévissait alors à l'état épidémique dans la garnison. Envoyé au bout de deux mois en congé de convalescence dans sa famille, il retourna guéri à son régiment, mais, quelques semaines plus tard, il fut pris de violentes douleurs de tête, surtout marquées à gauche, douleurs bientôt suivies de tremblement et d'affaiblissement musculaire dans la jambe et le bras droits. Il fut obligé de rentrer à l'hôpital militaire au mois de février 1886 pour une hémiplegie presque complète du sentiment et du mouvement; après plusieurs mois de traitement par des moyens divers et en particulier par l'iodure de potassium, dont la dose ne dépassa pas deux grammes par jour, l'amélioration était très notable lorsqu'il fut pris d'une scarlatine grave; envoyé de nouveau en convalescence dans sa famille, il put rentrer au régiment au mois de novembre 1886; la santé générale était alors bonne; il ne restait qu'un peu de faiblesse dans le côté droit, qui disparut bientôt sans laisser de traces.

Aucun trouble notable dans la santé n'était venu interrompre le service actif de M. X... dans la cavalerie, lorsque, au mois de septembre 1887, de nouvelles céphalées avec vertiges, survenues sans causes appréciables, furent bientôt accompagnées, comme la première fois, de tremblements dans la jambe et dans le bras droit avec diminution rapide des forces et de la sensibilité. Rentré à l'hôpital militaire au mois d'octobre, il se paralysa de plus en plus; l'hémiplegie était complète au mois de novembre et entraîna la mise à la réforme.

Les troubles oculaires, qui ne s'étaient pas encore manifestés, apparaissent alors tout à coup avec une acuité extraordinaire; un oculiste

est appelé à donner des soins, et malgré l'emploi de collyres divers, de révulsifs et même de l'iodure de potassium, à la dose d'un gramme par jour, les symptômes graves s'accroissent de plus en plus, et quand le malade m'est présenté pour la première fois, le 4 décembre, je constate l'état suivant : la vue est complètement abolie des deux côtés, au point que le malade ne distingue même pas une bougie, ni les gros objets que l'on fait passer devant lui ; la photophobie est intense ainsi que le blépharo-spasme ; un écoulement de larmes abondant et continu, des élancements dans l'œil, des douleurs orbitaires vives, ne laissent aucun repos et enlèvent complètement le sommeil ; les cornées ternes et dépolies dans toute leur étendue présentent une coloration saumon uniforme ; le trouble de la cornée et de la chambre (antérieure) rend impossible l'examen de l'iris et du fond de l'œil ; l'opacité est même assez prononcée pour ne pas permettre de voir l'ouverture pupillaire, la tension intra-oculaire n'est pas sensiblement augmentée ; cet état aigu existe, au dire du malade, depuis plus de quinze jours, avec anorexie, fièvre et perte complète du sommeil ; quant à l'hémiplégie il n'en reste d'autre trace qu'un peu de faiblesse dans le bras et dans la jambe.

Préoccupé d'accidents oculaires aussi graves, qui semblent néanmoins se rattacher à ces accidents de syphilis héréditaire tardive dont la connaissance a été vulgarisée par le brillant enseignement et les remarquables travaux de M. le professeur Fournier, je provoque une consultation avec mes distingués confrères, M. le docteur Farge, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, et le docteur Ferron, médecin principal de l'armée. Mes collègues, convaincus comme moi de l'origine syphilitique de cette kératite interstitielle et de l'hémiplégie qui l'a précédée, sont d'avis de commencer immédiatement les frictions mercurielles et de les continuer jusqu'à salivation ; nous prescrivons donc de faire, matin et soir, aux aînes et sous les aisselles, des frictions avec 8 grammes d'onguent napolitain, nous conseillons en outre l'instillation, toutes les deux minutes, d'un collyre au sulfate d'atropine, alterné avec un collyre au chlorhydrate de cocaïne, des frictions chaudes fréquemment renouvelées sur les paupières et le séjour permanent dans une chambre obscure.

Pendant la première semaine de ce traitement, aucune amélioration ne se manifeste, les douleurs semblent au contraire augmenter d'acuité, l'insomnie est complète, malgré l'emploi du chloral et de la morphine, et un délire nerveux intermittent, surtout accusé pendant la nuit, nous fait craindre le développement de nouveaux accidents cérébraux ; au bout de six jours, apparition d'une stomatite avec salivation abondante. Ces souffrances nouvelles ajoutent encore à l'agitation et au désespoir du malade et de son entourage ; la photophobie et le larmoiement commencent cependant à diminuer. Nous prescrivons le chlorate de potasse

en potion et en gargarisme, tout en faisant continuer les frictions; la salivation et la stomatite diminuent rapidement, et le malade, à sa grande satisfaction, commence à distinguer vaguement les gros objets, les douleurs péri-orbitaires deviennent plus supportables, mais de nouveaux élancements, plus cruels que jamais, se font sentir au fond de l'œil et s'accompagnent d'une tension intra-oculaire plus considérable, surtout à l'œil gauche; cette tension me fait craindre une poussée d'irido-choroïdite glaucomateuse; je pratique alors, pendant trois jours, des injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine. Ces injections sont suivies presque immédiatement d'une diminution très marquée dans le tonus oculaire et dans les douleurs. L'amélioration continue, et trois semaines après le début du traitement, les douleurs ont complètement disparu ainsi que la photophobie et le larmoiement. Les cornées sont encore ternes et ont une teinte un peu saumonée, mais la vision s'améliore rapidement. Les frictions mercurielles, qui avaient été suspendues pendant quelques jours, sont définitivement supprimées et remplacées par trois grammes d'iodure de potassium et un centigramme de bi-iodure de mercure, pris chaque jour en deux fois dans une tasse de lait; le collyre à l'atropine est continué à la dose de deux gouttes chaque jour; la cocaïne est supprimée. Cinq semaines après le début du traitement, le malade commence à lire de gros caractères d'imprimerie; huit jours plus tard il peut lire sans fatigue les caractères ordinaires d'un journal; il n'y a plus d'ailleurs ni rougeur des yeux, ni larmoiement, ni photophobie, ni douleurs péri-orbitaires.

L'examen des yeux, fait quarante-cinq jours après le début du traitement, donne le résultat suivant :

Acuité visuelle normale à droite, à gauche diminuée environ de $\frac{1}{8}$, les cornées sont redevenues transparentes dans presque toute leur étendue, à gauche seulement un léger trouble en bas et en dehors; l'iris est sain à droite, à gauche la pupille est un peu irrégulière et laisse voir une trace d'iritis. L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil, facile à pratiquer, ne décèle aucune lésion. Quant à la santé générale, elle est parfaite; le malade a repris toutes ses habitudes actives et déclare ne s'être jamais mieux porté; il continue à prendre, chaque jour, trois grammes d'iodure de potassium et un centigramme de bi-iodure de mercure.

En présence d'un résultat thérapeutique aussi merveilleux, l'origine syphilitique des accidents oculaires ne pouvait plus laisser de doutes dans notre esprit. Et cette guérison, presque inattendue de la famille et à peine espérée par nous, augmentait encore l'intérêt de l'enquête à laquelle nous avons apporté tout le soin dont nous étions capables.

S'il est souvent difficile de mener à bonne fin une enquête semblable,

en raison du peu de foi qu'il faut ajouter souvent aux réponses des intéressés, je crois qu'il n'en a pas été de même dans le cas actuel; chaque personne interrogée séparément et soumise à toutes les investigations nécessaires a répondu sans aucune réticence, bien convaincue que, dans une circonstance aussi critique, il était nécessaire de connaître exactement la vérité pour constituer un traitement capable de triompher du mal dans le présent et dans l'avenir.

Cette enquête a permis d'établir les faits suivants :

1° Le jeune X... n'a jamais, à sa connaissance, contracté aucune maladie vénérienne; il n'en présente d'ailleurs aucune trace, les organes génitaux, la gorge, les téguments, le cuir chevelu, les dents, le système osseux, n'offrent rien de particulier; pas d'autre maladie dans l'enfance qu'un léger impétigo de la face, sans engorgement ganglionnaire, sans troubles du côté des yeux ni des oreilles; l'œil gauche, plus faible que l'œil droit, a toujours été légèrement myope; constitution d'ailleurs nerveuse, robuste, et santé toujours excellente.

2° La mère du malade, douée d'une riche constitution, a toujours joui d'une santé parfaite; fille unique de père et de mère bien portants, elle n'a jamais eu, ni pendant son enfance, ni avant ni après son mariage, d'indisposition ni de maladie d'aucune sorte; elle a eu quatre grossesses, dont deux, les deux premières, se sont terminées par des fausses couches sans cause connue; la troisième grossesse a donné naissance à un fils bien constitué et d'apparence robuste, né à terme, mais qui a succombé à l'âge de sept mois à des accidents cérébraux, dont le médecin ne s'est pas expliqué la nature; il s'est borné à affirmer que ce ne pouvait être une méningite tuberculeuse, vu qu'il n'y avait aucun cas de tuberculose dans la famille; quant à la quatrième grossesse, elle s'est terminée heureusement par la naissance d'un fils bien constitué, celui qui fait l'objet de cette observation.

4° Le père de M. X..., soumis à un examen minutieux, ne présente de son côté aucune trace d'affection vénérienne; il affirme également n'en avoir jamais contracté aucune; il n'a jamais eu d'autres troubles dans sa santé qu'une paralysie incomplète des jambes, vers l'âge de 14 ans; cette maladie, dont la durée aurait été de plusieurs mois, se compliquait de violentes douleurs de tête et d'une grande prostration; elle était accompagnée de quelques troubles oculaires, diplopie et faiblesse de la vue; le tout avait disparu lentement sans laisser de traces, sous l'influence d'un traitement local et général dont il ne saurait préciser la nature; depuis, la santé est toujours restée parfaite. Il ne peut donner aucun détail sur ses antécédents paternel et maternel, mais il insiste sur ce fait qu'il était né le sixième, et qu'aucun de ses frères et sœurs n'avait survécu; il a souvent entendu répéter à sa famille

qu'ils étaient tous morts en naissant, ou peu de temps après leur naissance, et sans qu'on ait pu attribuer leur mort à d'autre cause qu'une faiblesse de constitution.

Ces importants commémoratifs, joints à l'histoire pathologique de M. X..., permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° La guérison rapide par un traitement spécifique et la physionomie spéciale des accidents d'hémiplégie et de kératite interstitielle qu'a présenté M. X... ne peuvent laisser aucun doute sur l'origine syphilitique de ces accidents ;

2° Le jeune X... n'ayant jamais eu d'autres accidents syphilitiques et n'ayant d'ailleurs jamais contracté aucune maladie vénérienne, comme l'ont démontré l'examen et l'interrogatoire le plus minutieux, c'est à la syphilis héréditaire tardive que doivent être attribués les symptômes qui ont commencé à se manifester vers l'âge de 20 ans ;

3° Le père et la mère n'ayant jamais présenté aucun signe local ni général de syphilis acquise, le père seul ayant eu, à l'âge de 14 ans, des céphalées et une paralysie sans cause immédiate connue, il est nécessaire de faire remonter plus haut la tare originelle ;

4° Si l'on considère que M. X... a eu cinq frères nés avant lui et tous morts en naissant, ou peu de temps après leur naissance, que lui-même a été atteint, vers l'âge de 14 ans, d'une paraplégie qui n'a pas laissé de traces, que sa femme a eu d'abord deux fausses couches, puis un enfant mort à sept mois d'une méningite, il devient extrêmement probable que le père de M. X... était entaché de syphilis héréditaire ;

5° La filiation rationnelle des accidents serait donc la suivante : syphilis des grands parents entraînant la mort des cinq premiers nés ; hérédo-syphilis chez le sixième enfant, se traduisant à 14 ans par des céphalées et une paralysie, entraînant après le mariage deux fausses couches et la mort d'un enfant de l'âge de sept mois, puis léguant au dernier né le germe d'une diathèse qui se traduit après vingt ans par deux attaques d'hémiplégie et une lésion oculaire des plus graves ;

6° Cette observation, dans laquelle l'enquête a pu être faite avec toute la rigueur et l'exactitude désirable, permet d'établir que la syphilis héréditaire tardive peut se manifester à la seconde génération avec ses caractères ordinaires de gravité et de spécificité.

FIÈVRE HERPÉTIQUE A MANIFESTATIONS CUTANÉES ET OCULAIRES

Par le Dr **Henri FEULARD**

Chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Louis.

Dans un récent travail sur l'herpès (art. *HERPÈS* du *Dictionnaire Encyclop. des Sciences Médicales*), je me suis efforcé de classer les éruptions herpétiques en *herpès de cause générale* et en *herpès de cause locale*; les herpès de cause générale renferment entre autres tous les herpès qui surviennent au cours des maladies fébriles; ce sont les herpès qu'on a quelquefois désignés de ce seul mot *herpès fébriles*. Parmi ces herpès, les uns se présentent au cours d'états fébriles, parfaitement définis, maladies infectieuses pour la plupart, comme la pneumonie, la méningite cérébro-spinale, la fièvre typhoïde pour ne citer que les plus importants; les autres se montrent au cours d'un état fébrile dont ils semblent être la principale et la plus apparente détermination, d'où le nom de *fièvre herpétique* que l'on a donné à cette maladie; maladie dont nous ignorons encore la véritable nature mais qui a bien sa place à part dans le cadre nosologique. Cette fièvre herpétique a des déterminations muqueuses et cutanées diverses: le plus souvent, l'éruption se fait sur les muqueuses, muqueuse buccale et pharyngée par exemple, *angine herpétique*; muqueuse vulvaire, *herpès génital*; conjonctive, etc. Tantôt elle se fait sur la peau, soit que l'éruption cutanée accompagne une éruption des muqueuses (ex: herpès des lèvres et du nez avec une angine herpétique), cas le plus commun; soit que l'éruption cutanée se fasse d'emblée sans herpès des muqueuses, ou avec un herpès des muqueuses insignifiant.

Les cas de ce dernier genre sont assez rares, et je me souviens des difficultés que j'eus à en rassembler quelques-uns pour la rédaction de mon travail.

Aussi, je crois utile de résumer le fait dont j'ai été témoin dernièrement à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon excellent maître, M. le professeur Fournier.

Le sujet de cette observation est un italien, le nommé C..., âgé de 28 ans,

et qui est admis dans la salle Henri IV le 17 septembre 1887. Le malade ne comprenant nullement le français et de plus paraissant être d'une intelligence assez bornée, il est difficile d'obtenir des renseignements sur son état de santé antérieur à son admission à l'hôpital. Il y a huit jours tout au plus qu'il est tombé malade; jusque-là, il a toujours été bien portant, n'a jamais eu de fièvre dans son pays, et depuis un an qu'il est en France il ne s'est jamais alité un seul jour. Il était employé dans une raffinerie et faisait un travail très fatigant. Bien qu'il accuse du malaise depuis une huitaine de jours, il a encore travaillé trois jours avant son entrée; il a fait la demi-journée du jeudi; mais le soir il souffrait d'un violent mal de tête, ressentait un peu de frisson et une assez vive chaleur. Un médecin mandé le vendredi prescrivit un bain; et le samedi, le malade entra à l'hôpital. Il avait une fièvre très vive, avec une température matinale de 39° et une température vespérale de 39° et quelques dixièmes.

C'est seulement le lundi 13 septembre que je l'examinai moi-même. Le samedi ou vendredi soir, s'était montrée sur la peau du malade une éruption qui levait tous les doutes sur la nature de sa maladie et qui se présentait avec les caractères suivants :

Sur la poitrine, une plaque rouge en forme de V ayant sa base aux clavicules et descendant à peu près au milieu du sternum avait remplacé la coloration normale du tégument; sur cette plaque érythémateuse étaient disséminées plusieurs centaines de petites vésicules miliaires, claires, non fusionnées entre elles, présentant l'aspect caractéristique des vésicules d'herpès. Au delà des bords assez nettement indiqués du triangle éruptif que je viens de dire, on voyait disséminées par petits flots d'autres vésicules d'herpès. La grande plaque triangulaire s'arrêtait à la base du cou, mais sur les côtés du cou l'éruption se continuait par petits groupes isolés; plusieurs de ces groupes s'étaient réunis derrière l'oreille gauche où ils formaient un grand placard d'éruption. Un autre placard plus petit se remarquait derrière l'oreille droite; sur la face, l'éruption était disséminée par petits flots assez discrets; ils étaient cependant assez nombreux au niveau du nez et du sourcil droit.

Sur les membres supérieurs, à droite, il y avait peu d'éléments éruptifs, quelques groupes peu importants d'herpès à la face externe de l'avant-bras tout près du poignet et deux petits placards érythémateux surmontés de quelques vésicules à peine saillantes, sur la face dorsale de la main; à gauche, il y avait d'assez nombreux petits groupes d'herpès disséminés sur l'avant-bras. L'éruption des bras au dire du malade se serait faite postérieurement à celle de la poitrine et remonterait à deux jours seulement.

Le dos, les flancs, l'abdomen, les parties génitales, les membres inférieurs étaient indemnes.

Ainsi voilà une éruption disséminée d'herpès occupant la moitié supérieure du corps et ayant, ce qui est curieux, respecté les lèvres, siège fréquent de l'herpès, et la gorge. Celle-ci seulement était rouge, sans vésiculation. Mais ce qui nous reste à dire, c'est qu'en revanche l'herpès s'était montré sur les yeux. L'œil gauche était très injecté mais sans vésicule; l'œil droit était rouge, vascularisé et sur la moitié interne de la conjonctive bulbaire un groupe vésiculeux très net était disposé suivant l'équateur de l'œil; un autre petit groupe était situé sur la même ligne dans la partie externe du globe; la cornée était respectée.

Tout ceci était noté le 19 septembre; la température ce soir-là marqua 39°, 5 : le 20 au matin, le thermomètre indiquait encore 38°, mais le soir elle tombait

à 37°. Le malade avait bien dormi, demandait à manger, se sentait très bien. Il accusait seulement de la chaleur et des picotements aux endroits où s'était faite l'éruption. La vésiculation s'accrut sur les membres.

Toutefois, ni sur les membres, ni sur la poitrine, ni à l'œil, les vésicules ne crevèrent, elles s'affaissaient sur elles-mêmes sans s'ouvrir et il resta seulement aux endroits où avait lieu l'éruption une desquamation, très appréciable surtout au niveau du grand triangle éruptif de la poitrine (23 sept.). Seulement les conjonctives surtout à droite conservèrent de la rougeur encore quelques jours jusqu'au moment de la sortie du malade qui eut lieu le 28 sept., c'est-à-dire 10 jours après son entrée.

Comme traitement, on lui avait seulement donné le lundi un purgatif, et on s'était contenté d'étendre sur l'éruption un peu de vaseline boriquée.

Cette observation est un bel exemple de *fièvre herpétique*, à manifestations cutanées et oculaires sans manifestations sur les muqueuses. C'est là un fait peu habituel, car dans la plupart des cas où l'herpès cutané a été noté il s'accompagnait d'angine herpétique ou au moins d'herpès labial. De plus, il est non moins rare de voir l'éruption d'herpès cutané se disséminer ainsi sur la peau. L'éruption paraît s'être faite en deux poussées consécutives, la première sur le tronc et la face, la seconde sur les membres supérieurs où les vésicules furent à peine formées. Enfin, sur les yeux, la vésiculation se montre très nettement sur la conjonctive droite; mais à gauche il y eut seulement de la rougeur très vive, de l'injection avec vascularisation mais sans vésiculation; les vésicules ont avorté. Peut-être en a-t-il été de même pour la gorge qui s'est montrée assez rouge, d'une rougeur diffuse mais sans vésiculation. La durée de la maladie, le début brusque par la douleur de tête, la fièvre et les frissons, puis la cessation non moins rapide de la fièvre et le retour immédiat à la santé sont caractéristiques de la fièvre herpétique. Toutefois, il est bon de noter que le malade ne ressentit qu'à un faible degré la sensation d'accablement et de fatigue qui suit souvent les attaques de fièvre herpétique, surtout dans sa forme angineuse. D'ailleurs, l'éruption, pour si nombreuse qu'elle ait été, fut peu intense puisque plusieurs groupes arrivèrent à peine à la vésiculation, demeurant au premier stade de la rougeur érythémateuse; les phénomènes généraux, à part la fièvre, furent également peu intenses. On peut donc dire que le malade n'a été atteint que d'une fièvre herpétique relativement assez légère. Quelle a été la cause déterminante de cette maladie? à quoi pouvons-nous la rapporter dans l'espèce? C'est ce qu'il nous est impossible de dire à cause de l'absence de renseignement de la part du malade.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — ZUR LEHRE VON DEN ERYTHEMEN (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉRYTHÈMES), par le Dr POLOTEBNOFF. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1887, n° supplém. II.)
- II. — ÉTUDE GÉNÉRALE SUR LES ROSÉOLES, par A. MOREL-LAVALLÉE. (*Gazette des Hôpitaux*, 20 août 1887.)
- III. — ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES ; ÉTUDE CLINIQUE DES EFFETS IRRITANTS DES MÉDICAMENTS SUR LA PEAU, par PRINCE A. MORROW. (In-8° de 200 pages, William Wood and Co, éditeurs, New-York, 1887.)
- IV. — DES EFFETS TOXIQUES DE L'IODOFORME SUR LA PEAU ET SUR TOUT L'ORGANISME, par le Dr R. W. TAYLOR. (*The New York med. Journal*, 4^{er} octobre 1887.)
- V. — UN CAS D'ÉRYTHÈME IODOFORMIQUE, par A. TROUSSEAU. (*Union médicale*, 15 décembre 1887.)
- VI. — ACCIDENTS IMPUTABLES AU PANSEMENT A L'IODOFORME (PHLYCTÈNES ET ROSÉOLE IODOFORMIQUE), par V. WALLICH. (*Union médicale*, 15 octobre 1887.)
- VII. — EIN EIGENTHÜMLICHEN FALL VON DERMATITIS, HERVORGERUFEN DURCH ANTIPYRINBEHANDLUNG (CAS DE DERMATITE SPÉCIALE PROVOQUÉE PAR L'ANTIPYRINE), par le Dr B. SPITZ. (*In therapeutisme Monatshefte*, 1887, n° 9.)
- VIII. — EIN FALL VON ANTIPYRINEXANTHÈME. (CAS D'EXANTHÈME PROVOQUÉ PAR L'ANTIPYRINE), par le Dr SCHWARZ. (*Munchener medicinische Wochenschrift*, 1887, n° 4.)
- IX. — PATHOGÉNIE DE L'URTICAIRE HYDATIQUE, par DEBOVE. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, décembre 1887.)
- X. — NOTES SUR UN CAS DE NODOSITÉS RHUMATISMALES SANS RHUMATISME ARTICULAIRE, par V. GILLY (*Marseille médical*, 30 septembre 1887.)

I. — Dans ce mémoire de près de 200 pages, l'auteur a fait une étude complète des érythèmes. C'est une véritable monographie pour laquelle il a mis à contribution les nombreux travaux qui ont été publiés dans ces dernières années.

Sous le nom d'érythème, on désigne habituellement une rougeur de la peau, qu'autrefois on ne distinguait pas toujours bien nettement de la

rougeur érysipélateuse. Cependant Sauvages différencie déjà nettement ces deux formes de dermatite.

Willan est le premier qui ait donné une description classique des formes qui résultent de troubles de l'organisme en général. Il donne le nom de roséoles à certaines rougeurs de la peau et regarde ces roséoles ainsi que les érythèmes comme des symptômes en relation avec divers troubles internes généraux de l'organisme. Auspitz repousse avec raison la distinction en érythèmes et en roséoles basée sur la dimension des taches et donne le nom d'érythèmes à toutes les formes.

Les travaux de Willan sont bien connus, il serait superflu de les résumer ici ; toutefois presque un siècle s'est écoulé depuis leur apparition (1798) et la question de l'érythème n'a guère avancé ; c'est encore l'une des plus obscures de la dermatologie.

On sait qu'Hebra distingue les érythèmes caractérisés par une hyperémie passagère et une évolution rapide de ceux dont la marche est beaucoup plus longue et qu'on ne peut plus regarder comme de simples symptômes, mais comme des maladies spéciales dont les causes nous sont encore inconnues : érythème exsudatif multiforme.

Enfin, Hebra considère l'érythème noueux comme une maladie spéciale, se distinguant par la forme, la localisation et la marche, à la fois de l'érythème hyperémique et de l'érythème multiforme.

Selon l'auteur, cette définition serait arbitraire, car il n'est pas possible de tracer une limite entre l'hyperémie active, inflammatoire et l'exsudation inflammatoire. L'absence d'exsudat sur la peau rougie n'autorise pas à exclure l'inflammation. Le professeur Auspitz a démontré que l'opinion d'Hebra n'est pas fondée. L'exsudation n'implique pas un exsudat libre déjà formé, l'hyperémie constitue le début du processus, qui, dans certaines conditions, peut amener la production d'un exsudat libre, dans d'autres non. Cela dépend non de la qualité, mais de la quantité du processus morbide.

Quant à l'érythème noueux, il n'est qu'une simple modification de l'érythème exsudatif, se distinguant par un siège plus profond et une intensité plus grande. Lewin, dans vingt-cinq cas sur cinquante-cinq, a observé d'autres variétés d'érythème entre l'érythème noueux.

En résumé, selon Poltebnoff, tous les érythèmes ne formeraient qu'une seule maladie : les érythèmes inflammatoires.

L'étiologie des érythèmes est encore très obscure. L'idée de Willan que les érythèmes ne sont qu'un symptôme de maladies internes se retrouve chez les auteurs français, mais sous la forme rudimentaire qu'elle a chez l'auteur anglais.

L'auteur énumère ensuite assez longuement toutes les hypothèses successivement émises sur l'origine des érythèmes, nous ne nous y

arrêterons pas, elles sont indiquées dans tous les ouvrages classiques.

Les dermatologistes modernes admettent que les femmes chlorotiques, mal nourries, sont atteintes d'érythèmes. La chlorose si souvent mise en avant ne peut guère être regardée comme une cause directe de maladie, ce n'est pas une maladie indépendante; elle est elle-même provoquée par les affections organiques les plus diverses (alimentation insuffisante, hémorrhagies abondantes, troubles des centres nerveux, etc.).

L'érythème n'est donc pas dans ces cas la suite de la chlorose, mais un symptôme concomitant de la maladie principale.

La coïncidence des érythèmes avec la menstruation est bien démontrée. Behrend décrit ces érythèmes sous le nom d'exanthèmes menstruels et Kidd sous celui d'érythème utérin. Non seulement les règles, mais les affections les plus diverses de l'appareil génital de la femme, peuvent provoquer ces érythèmes.

Voici un cas typique d'érythème développé pendant la grossesse : Malade âgée de 20 ans, constitution délicate, état général satisfaisant, première grossesse. Vomissements extrêmement violents pendant les trois premiers mois. Du quatrième au septième mois, rien de particulier à signaler. Au milieu du septième mois, voyage de Taschkent à Saint-Petersbourg. Le quatrième jour de son voyage, par de mauvaises routes, tantôt à cheval, tantôt à chameau, elle éprouve des démangeaisons sur l'abdomen. L'éruption et le prurit augmentent au point d'empêcher le sommeil, seule la face n'était pas atteinte. A son arrivée à Saint-Petersbourg, la malade présentait l'état suivant : la peau du ventre est recouverte de papules confluentes de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. L'éruption occupait aussi, mais à un moindre degré, la face interne des cuisses, les membres supérieurs, le thorax, le dos et les jambes. Pas de vésicules. Sur la face antérieure des bras, l'auteur vit survenir sous ses yeux des papules de même nature avec sensation légère de brûlure et de démangeaison. Si l'on frottait avec l'ongle ou un linge, il se développait rapidement une petite tache très rouge. Au toucher : position normale du fœtus, col dilaté; l'accouchement eut lieu dix jours après.

Parfois, au contraire, l'érythème se développe après l'accouchement et à la suite d'opérations utérines (Kidd). Trois ou quatre jours après l'accouchement, surviennent sur la peau de l'abdomen des démangeaisons et une rougeur scarlatiniforme. Les jours suivants, elle s'étend aux autres parties du corps en épargnant la face. Cette éruption n'est accompagnée d'aucun trouble organique et disparaît au bout de quelques jours. Kidd l'attribue à un trouble nerveux. Martin n'a observé qu'une fois de l'érythème sur 794 accouchements.

Willan a le premier appelé l'attention sur les rapports de l'érythème

avec la cystolithiase, les irritations de la vessie et de l'urèthre. Bès (1872) indique le chancre mou et la blennorrhée, avec ou sans arthrite blennorrhagique, comme une des causes de l'érythème noueux. Lewin a trouvé, chez quarante-six femmes atteintes d'érythème exsudatif, six fois une uréthrite, deux fois des excoriations de l'orifice de l'urèthre, deux fois les deux lésions en même temps. Scheby-Buch, parmi vingt et un cas d'érythème noueux, a observé une fois une uréthrite.

L'auteur n'a rencontré qu'une seule fois chez un homme un érythème maculo-papuleux généralisé (sauf la face et les mains) qu'il suppose avoir été provoqué directement par une uréthrite.

Tous ces érythèmes se produisent par voie réflexe, ainsi que ceux déterminés par la dentition, certains cas de diarrhée, etc.

Behrend nie le caractère réflexe des érythèmes menstruels et les range avec les érythèmes médicamenteux et vaccinal, trois formes qui n'ont absolument rien de commun. Auspitz, sous l'influence de la théorie des angionévroses, refuse toute importance à l'irritation de l'urèthre.

Plusieurs auteurs ont signalé les rapports des érythèmes avec des lésions rénales et hépatiques. Comment se développe l'érythème dans ce cas ? Probablement par suite de l'irritation des centres qui provoqueraient aussi les autres symptômes urémiques.

L'auteur a observé une fois de l'érythème papuleux dans un cas d'ictère et une autre fois de l'érythème papulo-tuberculeux chez un malade atteint de cirrhose du foie avec ascite.

Uffelmann regarde comme possible un rapport entre l'érythème noueux et la tuberculose. Oehme a vu une jeune fille de 15 ans $1/2$, anémique, non encore réglée et qui mourut d'une tuberculose miliaire de la première six semaines après la disparition d'un érythème noueux. Trousseau avait signalé les taches dites méningitiques qui surviennent dans les maladies du cerveau et de ses enveloppes.

Ces érythèmes sont sous l'influence de l'irritation des centres nerveux.

Le rhumatisme a été signalé comme une des causes principales des érythèmes. Bazin attribue surtout à l'arthritisme l'apparition des érythèmes. Ernest Besnier est partisan de l'origine rhumatismale de certains érythèmes, il admet des dermatoses rhumatismales au même sens que les affections rhumatismales des muscles, des nerfs et des organes internes. Cet auteur ajoute que l'on n'a aucune raison de toujours admettre une origine rhumatismale des érythèmes ; il est seulement persuadé que certaines affections de la peau paraissent se développer de préférence chez des rhumatisants dont la maladie est héréditaire ou acquise.

Selon G. Sée, les douleurs dans l'érythème noueux ont un tout autre caractère que les douleurs rhumatismales, celui d'une arthralgie spéciale sous la dépendance de l'érythème. D'après Bergeron, elles ressemblent à celles qui se produisent dans la scarlatine, la variole et autres fièvres. Empis et Labbé n'admettent pas le caractère rhumatismal des érythèmes. C'est aussi l'avis de Gubler, Duguet, Jaccoud, Tardieu ; Hardy regarde l'érythème comme la maladie principale, le rhumatisme comme l'accessoire. Scheby-Buch, en Allemagne, a soutenu la même opinion. C'est l'opinion de Lewin qui va jusqu'à refuser le caractère de rhumatisme à l'affection articulaire qui accompagne parfois l'érythème : le rhumatisme articulaire ne se rencontre que dans 9 0/0, le rhumatisme musculaire dans 18 0/0 des cas d'érythème. Mais, comme le fait remarquer avec raison E. Besnier, ces chiffres ne prouvent pas grand'chose tant que l'on n'est pas d'accord sur le caractère rhumatismal ou non rhumatismal des douleurs. Les observations personnelles de l'auteur l'ont conduit à ce résultat, que, dans la plupart des cas, les douleurs musculaires et articulaires qui accompagnent les érythèmes n'ont aucun caractère rhumatismal. Toutefois il est convaincu que le rhumatisme articulaire aigu, considéré comme une affection infectieuse, très probablement générale, peut produire des érythèmes.

Bon nombre d'auteurs ont signalé dans quelques cas la coïncidence de l'érythème noueux avec la syphilis. Quelques auteurs admettent un érythème pyémique et septicémique.

E. Wilson attribue aux vaso-moteurs un rôle prédominant dans l'érythème. Henri Samuel admet une paralysie des vaso-moteurs ayant pour conséquence une congestion des capillaires. Duguet pense que les douleurs rhumatismales qui accompagnent les érythèmes autorisent à admettre une lésion primitive du nerf, qui atteint en même temps les fibres sensitives et vaso-motrices comme dans l'herpès zoster. Pick fait dépendre l'érythème d'une affection des parois vasculaires et d'une diminution de leur contractilité.

Lewin considère les érythèmes comme des angionévroses et admet une atonie complète des vaso-constricteurs. Cette théorie a trouvé des partisans convaincus dans Auspitz et Schwimmer.

La deuxième classe de la nouvelle classification d'Auspitz comprend les angionévroses que l'auteur divise en trois groupes : angionévroses infectieuses, toxiques et essentielles. C'est à ce dernier groupe qu'appartiendraient tous les érythèmes de Willan.

C'est Lewin qui le premier a considéré les érythèmes comme une maladie infectieuse. Il les divise en deux groupes : bénins et malins. Les premiers évoluent avec peu de fièvre ou sans fièvre et en général sans complications. Dans les formes malignes, la température s'élève à

40° et il survient de graves complications. Il ne ressort pas très clairement du travail de l'auteur s'il ne range que les formes malignes parmi les érythèmes infectieux ou s'il y fait rentrer aussi les formes bénignes.

Le caractère infectieux des érythèmes est admis aujourd'hui par un certain nombre d'auteurs, d'autres le rejettent. Polotebnoff expose toutes les opinions qui se sont produites dans ces dernières années sur ce sujet : on les trouvera résumées avec beaucoup de précision et de clarté dans le travail que nous analysons.

Pour lui, il admet les érythèmes suivants :

1° Les érythèmes provoqués par des *irritants externes* ; l'érythème se limite à la région irritée (érythèmes de Sauvages et de Plenck.)

2° Les *érythèmes réflexes* qui se développent :

a) A la suite d'irritations externes locales de la peau ; l'érythème ne reste pas limité à la région irritée, mais s'étend à de grandes surfaces, parfois à tout le corps. Les irritants externes de la peau ne le provoquent parfois qu'à la première application. Après le badigeonnage d'un genou avec la teinture d'iode pure, il a vu se développer un érythème papuleux généralisé (sauf la face), ressemblant beaucoup à la rougeole papuleuse. Les applications ultérieures ne donnèrent lieu qu'à une irritation locale.

b) Consécutivement à une irritation d'organes internes (organes génitaux, foie, muqueuse gastro-intestinale, etc.).

3° Les érythèmes centraux survenant à la suite d'une irritation des centres nerveux (érythèmes de la méningite tuberculeuse). Il faut très probablement ranger dans cette catégorie les érythèmes médicamenteux ainsi que les érythèmes observés dans les maladies des reins.

4° Les érythèmes infectieux qui se montrent dans toutes les maladies infectieuses. Ce seul fait écarte l'hypothèse de Lewin qui voudrait donner à l'érythème une place à part parmi les maladies infectieuses.

Les érythèmes que l'on observe journellement dans la pratique sont loin de se rattacher tous (au point de vue actuel), aux causes ci-dessus. Il n'y a guère que les érythèmes dont la cause est inconnue d'Hebra et de son école. Lewin les distingue en bénins et malins et les classe pour la plupart parmi les maladies infectieuses idiopathiques. Auspitz les désigne sous le nom d'angionévroses essentielles idiopathiques, diététiques de la peau. Enfin E. Besnier admet un rapport étroit entre certains érythèmes et la diathèse rhumatismale.

Selon Polotebnoff, tous les érythèmes (excepté l'érythème central et l'érythème réflexe) sont annoncés par des symptômes généraux, parfois très légers. Il est porté à admettre qu'il y a toujours aussi une élévation de température préalable, quelquefois très faible. Les érythèmes se déve-

loppent du 1^{er} au 7^e jour de la maladie, rarement le 11^e et le 15^e jour; la période prémonitoire s'observe dans tous les érythèmes et non, comme le disent quelques dermatologistes, seulement dans l'érythème nouveau. La gravité et la durée des symptômes ne dépendent ni de la forme ni de l'extension de l'érythème.

Ni le degré de la fièvre ni sa durée n'ont aucune espèce de rapport avec la forme et le plus ou moins d'extension des érythèmes.

L'auteur décrit ensuite avec soin les symptômes présentés par d'autres organes pendant les érythèmes de la peau. Selon lui, les érythèmes qui ont une marche aiguë, presque typique, autrement dit durant de 10 à 20 jours et ne récidivant pas habituellement sont les seuls qui soient très souvent accompagnés de maladies d'autres organes. Ils ont presque toujours une période prodromique avec symptômes très prononcés du côté des organes internes (fièvre intense, accès nerveux, affections muqueuses et parenchymateuses). Avec l'apparition de l'exanthème, tous ces symptômes ou une partie d'entre eux peuvent disparaître tout à fait.

Si, au contraire, la période prémonitoire est peu prononcée, si la maladie ne se développe que peu à peu, récidive pendant des semaines, les symptômes du côté des organes se montrent en même temps d'autant plus prononcés. Ils peuvent être très variés, diffèrent avec les années, les saisons, ainsi que le nombre des érythèmes.

Certaines années, 90 0/0 des érythèmes que l'auteur a observés étaient accompagnés d'un catarrhe aigu de l'estomac.

D'autres années, les symptômes du côté du foie et de la rate prédominaient. Il y a eu des années où presque tous les érythèmes étaient compliqués d'hypertrophie de la rate; d'autres où ce symptôme était exceptionnel.

L'affection de la muqueuse des voies aériennes (surtout la grippe) est parfois prédominante.

On observe quelquefois en automne tout un groupe de symptômes, par exemple ceux de la grippe; en hiver exclusivement, l'hypertrophie de la rate; au printemps, les symptômes gastriques.

Les érythèmes surviennent quelquefois d'une manière épidémique, autrement dit apparaissent en nombre variable suivant les années. On sait aussi qu'ils sont plus fréquents dans certains mois et certaines saisons.

L'auteur rappelle l'épidémie bien connue d'érythème acrodynique à Paris en 1828 et celle observée en Sibérie et décrite par Middendorf. Au commencement d'avril 1843, sous le 70° de latitude nord, sous l'influence du vent du nord, la température tomba à 20 et 30° R. au-dessous de 0°. Middendorf fut atteint de catarrhe des organes respiratoires. Ce symptôme n'était que le prodrome d'une épidémie considérable qui

régnait depuis le milieu d'avril sur tout le Tundra et atteignait vieux et jeunes, Russes et Samoyèdes, Jakoutes et Tunguses. Middendorf désigna la maladie sous le nom : d'épidémie de grippe et de rubéole — Influenza Röteln epidemie.

La mortalité fut considérable et s'éleva dans certaines localités jusqu'à 40 0/0. Un an après, ce même auteur rencontrait une épidémie analogue sur les rives de l'Amour vers la frontière chinoise. Middendorf désigne cette maladie sous le nom d'épidémie de grippe et de rubéole — Influenza Röteln epidemie. D'après la description qu'il en donne, la ressemblance avec la rougeole est beaucoup plus frappante, mais on ne saurait considérer l'exanthème qui accompagnait la grippe comme la rougeole, car deux maladies infectieuses régnant en même temps et atteignant simultanément une seule et même personne, et cela non pas exceptionnellement, mais d'une façon régulière, n'ont pas été observées. Cet exanthème devait donc être un érythème symptomatique, tel qu'on peut en rencontrer dans toute maladie infectieuse.

Sous le nom de dengue, on a décrit une maladie épidémique qui survient parfois parmi les troupes. La période prodromique dure de 1 à 5 jours, mais dans la moitié des cas la maladie éclate brusquement. Avec la fièvre, il se produit un gonflement douloureux des articulations. La température s'élève à 41°,5 et 42°, dans les premières 12 ou 24 heures. La fièvre est continue. Au bout de 2 à 7 jours, elle disparaît brusquement, souvent avec une sueur profuse, de la diarrhée ou des épistaxis. Cet état fébrile cesse pendant 1 à 3 jours, puis il reparait, mais sans atteindre d'ordinaire le degré primitif, il prend alors un caractère rémittent et disparaît graduellement au bout de 2 à 3 jours. L'exanthème se présente tantôt sous forme de roséole, tantôt de papules saillantes, puis envahit uniformément de grandes surfaces comme dans la rougeole et la scarlatine, ou bien se manifeste comme des pomphi analogues à ceux de l'urticaire. Cet exanthème est plus ou moins développé, il peut manquer complètement. Le plus souvent, il apparaît sur la face, le cou, la poitrine, les membres supérieurs, les mains et les pieds. Il est très prurigineux et se termine par une fine desquamation. Dans les cas graves, la muqueuse buccale, pharyngienne et nasale est également atteinte. Les récidives, après 2 à 3 semaines, sont assez fréquentes. L'étiologie est complètement obscure. Cette affection offre une certaine analogie avec la fièvre récurrente.

On a observé récemment (1880) la dengue au Caire, l'épidémie a été décrite par Rabitsch ; sa description diffère de celle de Zülzer. Sur 63 cas constatés par Rabitsch, 29 présentaient une forme variable (érythème papuleux, érythème fugace, érythème scarlatiniforme, urticaire, peliose rhumatismale, maladie tachetée de Werlhof) ; dans des cas, il a observé

un état typhique. Quelques médecins ont vu la maladie se compliquer de péricardite et de pleurite. La maladie n'est pas mortelle par elle-même, mais les malades succombent parfois à la suite de complications.

Presque tous les auteurs admettent dans l'érythème noueux la présence d'un exsudat hémorrhagique et même une hémorrhagie dans le tissu même de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce n'est pas, comme on le sait, l'avis de Kaposi qui regarde l'affection comme une infiltration séreuse de tout le tissu de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané avec stase capillaire simultanée ; la nodosité ne serait, selon Kaposi, dans l'érythème noueux, qu'un pomphix ortié plus fortement développé. L'examen microscopique, non seulement de l'érythème noueux, mais aussi de l'érythème papuleux, contredit cette manière de voir à laquelle il serait difficile de trouver une base clinique. Les nodosités érythémateuses, même celles de l'érythème papuleux, tuberculeux, etc., ne disparaissent pas en quelques heures sans laisser de trace, comme les pomphi de l'urticaire.

De tout ce qui précède, il résulte qu'il est impossible de considérer les différentes variétés d'érythème comme de simples lésions locales, mais qu'on doit admettre qu'il s'agit de processus généraux, de maladies de l'organisme entier.

Ce n'est que dans les maladies infectieuses que l'on trouve habituellement une période prodromique plus ou moins accusée, bien que le docteur Rosenberg ait affirmé à la Société de médecine de Berlin que l'on rencontre une période prodromique avec fièvre intense et symptômes graves (??) dans le simple gastricisme et les catarrhes. Ce n'est encore que dans les maladies infectieuses que l'on trouve une maladie simultanée d'un grand nombre d'organes. Enfin ce ne sont que les maladies infectieuses qui prennent une extension épidémique. Les symptômes ne se groupent pas dans chaque cas de manière à donner le tableau exact de telle ou telle maladie infectieuse, mais il y a par contre habituellement un ensemble symptomatique qui indique nettement qu'il s'agit d'une affection de ce genre. Il est également très difficile de diagnostiquer les formes abortives de beaucoup de maladies infectieuses. On sait par exemple qu'il y a des formes de typhus abdominal qui ne sont reconnues comme telles qu'après la mort, celle-ci étant survenue à la suite d'une perforation intestinale ou d'une complication. La manifestation cutanée dans la scarlatine se borne parfois à une seule tache qui disparaît au bout de quelques heures. Le diagnostic de la scarlatine repose, dans ces cas, sur d'autres symptômes. Dans la variole on trouve parfois 8 ou 10 papules sur tout le corps (varicelle des auteurs). Le diagnostic n'est facilité que si la source d'infection est connue. Entre les formes typiques et les formes tout à fait légères des diverses maladies

infectieuses, il y a toute une série de cas intermédiaires. Il est surtout facile de le constater au début et à la fin d'épidémies d'un grand nombre de maladies infectieuses. Il est même très souvent impossible de faire le diagnostic dans les cas sporadiques des formes abortives légères, cependant les symptômes et la marche indiquent que l'on a affaire à une maladie infectieuse. Il n'y a aucune maladie infectieuse qui arrive toujours à son plein développement, qui présente toujours une marche typique et qui ne soit compliquée parfois d'un érythème. De même aussi dans les formes abortives de diverses maladies infectieuses il survient parfois des érythèmes. Il semble même qu'on les rencontre plus fréquemment dans ces dernières que dans les cas plus prononcés. On ne saurait nier l'exactitude des anciens auteurs, d'après lesquels les érythèmes augmentent en nombre proportionnellement aux épidémies d'autres maladies. Les divers symptômes qui accompagnent l'érythème dépendent donc complètement de la forme et du degré de développement de la maladie infectieuse dont l'érythème est l'une des manifestations. L'apparition plus fréquente des érythèmes au printemps et à l'automne, tient sans doute à ce que ces saisons offrent les conditions les plus favorables pour le développement des maladies infectieuses les plus diverses. La durée variable de la période prodromique résulte de ce que l'érythème s'ajoute à la maladie principale à des époques différentes, un autre fait peut témoigner encore en faveur d'une origine infectieuse des érythèmes. On voit, en effet, dans la même famille un individu atteint d'érythème, alors que les autres deviennent aussi malades et ne présentent que les mêmes phénomènes généraux, mais sans éruption.

Il est toutefois difficile d'expliquer pourquoi dans les maladies infectieuses l'affection de la peau est tantôt forte, tantôt légère, et tantôt fait complètement défaut. D'autre part, on ne sait si l'apparition des érythèmes doit être attribuée à un accroissement de l'irritabilité des centres nerveux ou à celle de l'un des organes internes malades (comme dans les érythèmes réflexes). Il en est de même pour les récives de l'érythème durant le cours d'une même maladie. Les érythèmes ne forment donc pas un groupe spécial parmi les maladies infectieuses; ils ne représentent au contraire que le phénomène le moins grave des formes typiques et abortives des maladies infectieuses les plus diverses. Il ne saurait donc être question d'une période prodromique des érythèmes, de leurs complications, etc., et encore moins d'érythèmes bénins et malins. Toutes ces données s'appliquent à la maladie infectieuse.

Les formes cliniques des érythèmes sont très nombreuses. On a cité des érythèmes qui ont duré des mois et des années. Ce sont là des faits bien connus, mais dont l'explication reste encore à trouver. L'auteur a observé trois de ces cas qui ont persisté plusieurs années sans inter-

ruption; il en donne les observations détaillées. Le premier malade présentait cette particularité très curieuse que l'on pouvait provoquer chez lui par irritation externe un érythème extrêmement intense et dont la régression ne se distinguait en rien de celle de l'exanthème idiopathique.

On s'est jusqu'à présent peu occupé de la desquamation qui accompagne assez souvent la régression des érythèmes; dans certains cas, elle est si abondante, qu'elle devient le symptôme le plus saillant. Quant à la dermatite exfoliatrice, elle constitue, selon l'auteur, une forme clinique spéciale d'affection de la peau se distinguant par sa marche et ses symptômes des autres maladies cutanées desquamatives. Quelques-unes des observations publiées en France se rapportent certainement à des érythèmes infectieux.

L'auteur a observé trois cas de ce genre.

Quant au mode de régression des nodosités de l'érythème noueux, les opinions sont très divergentes. Elles disparaissent en général assez rapidement, elles peuvent cependant durer des mois et des années; elles suppurent rarement, l'auteur n'a observé de suppuration qu'une seule fois. On voit parfois disparaître très promptement de grosses nodosités, il est probable que, dans ces cas, elles se développent surtout aux dépens de l'œdème inflammatoire et contiennent une quantité relativement considérable de cellules embryonnaires qui sont résorbées sous cette forme. Dans d'autres circonstances, la nodosité est formée aux dépens des corpuscules blancs du sang, peut-être aussi des corpuscules rouges dont la résorption se fait par voie de dégénérescence graisseuse. Il est vraisemblable que la lenteur de la résorption est due à une compression des vaisseaux par l'infiltration. Si, morphologiquement, un érythème vésiculeux ne se distingue en rien d'un eczéma aigu, il n'en est pas de même pour ce qui concerne l'étiologie, la marche et les symptômes.

L'érythème peut, dans l'espace de quelques heures, envahir une grande partie de la peau et présenter des formes anatomiques diverses. L'érythème est toujours précédé de troubles généraux qui surviennent aussi au cours de l'éruption, il n'en est jamais ainsi dans les eczémas. Les érythèmes ont en général une marche typique et, même dans les cas insidieux, ne sont pas accompagnés d'une infiltration inflammatoire chronique de la peau. La nutrition des eczémateux n'est jamais altérée quand il n'existe pas de complications organiques. La dénomination d'érythème vésiculeux est défectueuse, car il n'y a pas d'érythème ne présentant que des vésicules, il existe toujours des nodosités et des taches; le nom d'érythème polymorphe est préférable, celui d'eczéma érythémateux est peu explicite.

Le pemphigus aigu présente exactement les mêmes symptômes généraux que les érythèmes infectieux; la seule différence consiste en ce que

le caractère infectieux de la maladie générale est beaucoup plus marqué que dans la plupart des érythèmes infectieux. Au point de vue étiologique et clinique, il y a identité complète entre ces deux affections. Il ne reste que la différence morphologique.

Mais une différence morphologique n'est pas suffisante pour séparer deux maladies analogues, pas plus qu'un point de l'identité pour les fusionner. Dans la plupart des cas de pemphigus aigu, on trouve à côté des bulles diverses formes d'érythèmes; les bulles ne sont donc qu'un degré plus élevé de développement des vésicules, comme l'érythème noueux représente le degré le plus élevé de l'érythème papuleux. Les formes de varicelle bulleuse, urticaire bulleuse, érysipèle bulleux sont connues depuis longtemps.

L'auteur conseille l'expectation, tout au plus un traitement symptomatique contre les érythèmes typiques: en cas de récidives fréquentes, la quinine. Dans les érythèmes vésiculeux et bulleux, outre une médication interne, un traitement local approprié. Sur les vésicules et les bulles de la face et des membres, il recommande des compresses échauffantes comme le meilleur antiphlogistique, on les renouvelle trois fois par jour. Sur les plaques humides, de dimension moyenne, disséminées sur le tronc et les membres, la pâte salicylée d'Unna rend de très bons services. Les bains de son chauds sont bien tolérés par les malades. Contre les érythèmes infectieux prolongés, le séjour à la campagne, le changement d'air ont une grande importance.

Le succès du traitement des érythèmes réflexes et centraux dépend tout à fait de la possibilité de faire disparaître la maladie principale (par exemple la maladie de Bright). Mais un traitement symptomatique de ces érythèmes peut procurer au malade un soulagement notable bien que temporaire.

A. DOYON.

II. — « Une éruption constituée par des taches hyperémiques disséminées et séparées par des îlots de peau saine, d'une coloration allant du rouge au violet, disparaissant par la pression du doigt, peu ou point saillantes, et se terminant par résolution ou par une légère desquamation furfuracée, voilà ce qu'est une roséole. C'est, en somme, un érythème disposé sous forme de taches originairement rondes, roses et régulièrement circonscrites. » Telle est la définition que donne M. Morel-Lavallée.

Cette définition ne nous semble pas absolument exacte et nous lui reprocherons de faire de l'expression de roséole le synonyme d'érythème maculeux, en d'autres termes de faire de la roséole une éruption assez banale, alors que cette dénomination éveille au contraire l'idée d'une série d'affections ayant une caractéristique dermatologique très particulière. Cette caractéristique est tirée moins de la forme éruptive que de son

extension et de son évolution. Sous le rapport de l'extension, la roséole est une éruption qui occupe, sinon la totalité de la surface cutanée, du moins de larges territoires de celle-ci, et toute éruption de taches rouges, rondes, limitée à une zone peu étendue ne mérite d'autre nom que celui d'érythème. En outre, la roséole peut mettre un temps plus ou moins long à atteindre tout son développement en surface, mais elle l'atteint par l'envahissement successif de régions distinctes ; lorsqu'une région a été envahie par l'éruption, celle-ci n'y présente plus de retours agressifs par la répétition desquels on puisse voir sur une même surface des éléments d'âges très différents : contrairement à ce qui se voit pour le purpura, pour l'érythème polymorphe, les éléments de la roséole, occupant une région donnée offrent une remarquable uniformité d'âge et d'aspect en même temps que de forme et de dimensions.

Ces caractères doivent, croyons-nous, entrer dans une définition exacte de la roséole, et, celle-ci étant ainsi modifiée, on devra exclure de la description de la roséole certaines éruptions, que du reste, dans le langage ordinaire, on ne désigne généralement pas du nom de roséole, telles les taches rosées de la fièvre typhoïde et les taches érythémateuses qui se développent au pourtour des articulations rhumatisées.

La roséole, fait remarquer M. Morel-Lavallée, ne constitue pas plus une maladie de la peau que le râle sous-crépitant, par exemple, n'est à lui seul une maladie de l'appareil respiratoire. Tantôt ce symptôme domine tellement la scène, qu'il constitue toute la maladie à laquelle on a donné son nom, tantôt il est accompagné d'une série de symptômes qui peuvent entraîner la mort, tantôt il est produit par une intoxication que cause soit un poison figuré, soit une substance chimique.

Nous croyons que M. Morel-Lavallée s'est trop attaché à la constitution du groupe des roséoles comme type uniquement symptomatique, et qu'il y aurait avantage à décrire une roséole maladie et une roséole symptôme, ne serait-ce que pour bien établir l'existence parfaitement réelle, incontestable, malgré les obscurités dont on l'a entourée comme à plaisir, de la roséole maladie. Très certainement aussi, M. Morel-Lavallée a été trop loin dans les conséquences à tirer de sa définition, lorsqu'il a englobé dans le groupe des roséoles la rougeole elle-même ; c'est là un abus de langage qui deviendrait la cause de confusions regrettables : il est absolument nécessaire, pour maintenir facile la compréhension de ces affections diverses, pour éviter de retomber dans les erreurs trop longtemps entretenues au sujet de la roséole maladie, de ne pas la ranger dans un groupe où on fait rentrer aussi la rougeole.

Quoi qu'il en soit de ces remarques, voici la division et la classification des roséoles adoptées par M. Morel-Lavallée :

Première classe. — Roséoles des maladies générales ou roséoles infectieuses.

A. Roséole saisonnière. — Rubéole (Rötheln). — Rougeole. — Roséoles syphilitiques. — Roséoles du typhus exanthématique. — Roséole du typhus abdominal. — Roséole du typhus cérébro-spinal.

B. Affections dans lesquelles la roséole se montre à côté d'autres manifestations cutanées, ou est remplacée par celle-ci : Variole. — Vaccine. — Septicémie pyohémique. — Septicémie puerpérale, etc. — Blennorrhagie. — Diphthérie. — Choléra. — Rhumatisme. — Érythèmes polymorphes.

Deuxième classe. — Roséoles pathogénétiques, toxiques, artificielles ou médicamenteuses.

A. La roséole constitue le type éruptif principal, sinon exclusif : roséoles balsamiques, copahu, térébenthine, cubèbe, santal (2).

B. Éruption plus diffuse : taches coalescentes, plutôt érythémateuses que roséoliques, sels quiniques, antipyrine, chloral, belladone, opium, santonine.

C. La roséole n'est qu'une des manifestations possibles de la dermatopathie : iode (iodure de potassium), brome, arsenic, mercure.

A ces diverses variétés de roséole, il conviendrait d'ajouter les roséoles d'origine vaso-motrice (roséole dite pudique), que M. Morel-Lavallée ne fait que signaler, comme par acquit de conscience, en parlant du diagnostic différentiel ; à ce propos, il est bon de rappeler les faits de roséole observés dans les affections du système nerveux : le tabes (Vulpian) et l'hystérie.

Des roséoles toxiques, on ne peut s'empêcher de rapprocher une roséole par auto-intoxication : la roséole urémique, observée par MM. Quinquaud et Merklen.

Les grandes lignes de la classification que nous venons de reproduire doivent être admises, et les trois groupes de roséoles pathogénétiques, établis d'après l'importance de la forme éruptive, répondent très exactement à la réalité clinique.

Pour ce qui est des roséoles des maladies générales, nous ajouterons aux remarques précédemment faites quelques observations nouvelles. Tout d'abord la distinction des roséoles en deux groupes, suivant qu'elles sont ou non accompagnées ou suivies d'une autre manifestation cutanée, prêterait quelque peu à la critique : la roséole syphilitique, celle beaucoup plus rare et quelque peu discutable du typhus cérébro-spinal, s'accompagnent aussi bien, sinon plus, que celle du choléra d'autres

manifestations cutanées. De plus et surtout, est-il bien légitime de distinguer de la rubéole la roséole saisonnière? La question aurait mérité une discussion approfondie. S'il est une des deux affections dont l'existence soit contestable à l'heure actuelle, c'est assurément la roséole saisonnière sur laquelle les documents précis et récents nous font absolument défaut et qu'une étude plus approfondie et plus exacte permettrait peut-être de rattacher en partie à la rubéole et en partie aux roséoles pathogénétiques. Tout au contraire, les descriptions parfaitement nettes recueillies dans ces dernières années ne peuvent laisser l'ombre d'un doute sur l'existence de la rubéole, affection parfaitement distincte de la rougeole, individualisée par sa transmission, sous la même forme, d'un sujet à un autre, par son pronostic presque constamment bénin et dont l'engorgement ganglionnaire généralisé constitue le trait distinctif capital.

Des descriptions faites successivement de chacune des variétés de roséole, nous ne parlerons pas autrement que pour dire qu'elles sont toutes d'une grande exactitude et donnent, d'une façon précise, leurs caractères différentiels. Si nous avons élevé quelques objections au sujet des classifications proposées par M. Morel-Lavallée et des vues théoriques sur lesquelles elles reposent, nous devons recommander spécialement la lecture des pages qu'il consacre à la séméiologie des éruptions roséoliques.

GEORGES THIBERGE.

III. — A propos du livre que vient de faire paraître le savant directeur du journal américain de dermatologie, je pourrais répéter ce que j'ai déjà dit au sujet de l'ouvrage du docteur White, sur les éruptions artificielles ou dermatitis venenata; il comble une des nombreuses lacunes de la pathologie cutanée. La classe des éruptions artificielles causées par les médicaments est immense, et, à l'exception de quelques-unes, elles sont totalement ignorées de la grande majorité des praticiens. En en faisant un exposé didactique, le Dr Morrow a rendu un véritable service, et nous pouvons lui prédire, sans crainte d'être démenti par l'avenir, que son travail aura tout le succès qu'il mérite.

C'est d'ailleurs et avant tout un ouvrage pratique, ainsi que le dit l'auteur dans sa préface, il n'a pas voulu faire une longue et compendieuse compilation où l'on trouverait tout ce qui a déjà été écrit sur les éruptions médicamenteuses, car il lui aurait fallu parler des substances d'un emploi fort rare et sans la moindre utilité. Il s'est contenté de réunir les observations bien authentiques d'éruptions causées par les médicaments usuels, et il les a complétées par de nombreux documents personnels.

Après un historique fort court qui montre que l'histoire de ces dermatoses est de date toute récente, bien que Lorry (1777) en ait déjà

parlé, que Bell (1796), et Alley (1804), aient décrit les éruptions mercurielles, et Montègre (1814), les éruptions du copahu, l'auteur précise ce qu'il faut entendre sous le nom d'éruptions médicamenteuses. Pour lui, on doit désigner ainsi toutes les modifications congestives et inflammatoires de la peau causées par l'emploi soit interne soit externe des médicaments. Il croit en effet que dans beaucoup de cas les mêmes lésions cutanées sont produites par l'usage interne ou par l'usage externe de la même substance; dans les applications externes en particulier, l'éruption n'est pas toujours limitée au point directement atteint; le médicament a donc agi à distance après avoir été absorbé, c'est-à-dire par le même mécanisme que lorsqu'on l'administre à l'intérieur. Il est donc impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre ces deux ordres de phénomènes, et il faut les comprendre tous les deux dans une seule et même étude.

Il pense que toute classification de ces éruptions est impossible à l'heure actuelle; aussi a-t-il adopté pour son livre l'ordre alphabétique.

Il étudie leurs caractères généraux: leur polymorphisme, la rapidité avec laquelle elles se développent, leur aspect tout spécial, leurs localisations, leur marche, leur durée, les sensations subjectives dont elles s'accompagnent.

Passant ensuite à l'étiologie, il met en relief la vérité de l'adage « *sublatâ causâ tollitur effectus*, » adage qui domine surtout ici le traitement; il insiste sur la qualité et la quantité de l'agent irritant, sur l'influence réelle de l'été, des chaleurs et de l'alimentation, de l'alcool en particulier, sur la susceptibilité toute spéciale de certaines peaux fines, délicates, d'enfants blonds et de femmes nerveuses, sur l'hérédité, enfin et surtout sur une certaine prédisposition individuelle mal déterminée que l'on appelle l'idiosyncrasie.

Au point de vue de la pathogénie, il divise ces éruptions en deux grandes classes, celles de Bazin: 1° celles qui résultent de l'usage externe des médicaments, et il distingue dans cette classe les effets qui suivent invariablement les applications de certaines substances, et ceux qui ne se produisent qu'accidentellement. Dans le premier cas, les affections cutanées ne dépendent pour ainsi dire pas de la prédisposition individuelle: elles ne reconnaissent pour cause que le médicament, et elles sont le plus souvent si caractéristiques qu'à leur simple vue on diagnostique l'agent producteur, telles sont les ampoules des cantharides, les pustules de l'huile de croton, etc..., mais que d'inconnues il y a encore dans ces phénomènes en apparence si simples! Dans le second cas, les affections cutanées dépendent au contraire d'une sorte d'aptitude morbide des téguments et varient suivant cette aptitude; c'est ainsi que l'huile de cade peut causer de l'acné, des pustules, des furoncles, des

éruptions érysipélateuses, etc... 2° Celles qui résultent de l'usage interne des médicaments ; il y établit également deux subdivisions : *a*, les éruptions communes, spécifiques, qui sont plus ou moins caractéristiques dans leur forme anatomique, leur mode de développement ou leurs localisations et qui s'observent toujours en même temps que les effets physiologiques du médicament comme l'acné bromique ; *b*, les éruptions accidentelles, anormales, sans forme ni caractère distinctif qui peuvent se manifester par des éléments éruptifs dissemblables et qui peuvent être ou non associées aux effets physiologiques du médicament, telles sont les éruptions de la quinine qui peuvent être exanthématiques, eczémateuses ou purpuriques, celles de l'iodure de potassium qui sont d'ordinares papuleuses ou pustuleuses, mais qui peuvent aussi être bulleuses, tuberculeuses, ecthymateuses, etc... L'auteur fait d'ailleurs remarquer que, chez le même individu, ces lésions peuvent changer de caractère. En dehors de l'idiosyncrasie, les théories qui ont été formulées pour expliquer le mécanisme suivant lequel se produisent les éruptions sont des plus nombreuses, des plus compliquées, des moins satisfaisantes. On a incriminé la pureté de l'agent médicamenteux, l'élimination du médicament par les glandes cutanées et cela soit à cause du mauvais état des organes d'élimination, soit à cause d'une affinité élective de la substance nuisible pour les glandes de la peau. Malheureusement, on n'a encore pu fournir aucune preuve sérieuse de ces hypothèses ; les patientes et minutieuses recherches des Dr^s Thin et Duckworth semblent au contraire avoir démontré que dans les éruptions iodiques les glandes sébacées et les follicules pileux sont indemnes ; et, d'autre part, la plupart des observateurs n'ont pu trouver trace du médicament dans ces lésions. Le Dr^r Morrow discute ensuite les théories de Trousseau, les théories vaso-motrices, celles de Behrend, les théories qui en font des éruptions d'origine nerveuse ; et il adopte cette dernière opinion.

Le diagnostic est souvent facile, surtout quand il s'agit d'éruptions causées par le contact direct des médicaments ; mais les éruptions consécutives à leur ingestion peuvent simuler d'autres affections. Toutes les fois qu'on reconnaîtra dans des manifestations cutanées des particularités un peu différentes de celles qui sont ordinaires, il faudra penser à la possibilité d'une éruption artificielle et faire une enquête pour savoir quels sont les médicaments que le malade a pris. Les caractères qui permettent de porter le diagnostic sont l'aspect même de la dermatose, la soudaineté de son apparition, d'ordinaire sans trouble général bien accentué, sa distribution, sa disparition rapide dès que l'agent nuisible n'est plus administré, enfin on peut retrouver dans les urines le médicament cause de l'affection.

Nous ne pouvons donner ici la liste complète de toutes les substances

qu'étudie le Dr Morrow. Bornons-nous à mentionner l'acide phénique, l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique, le salicylate de soude, l'antipyrine, l'arnica, l'arsenic, la belladone, les bromures, le chloral, le quinquina et les sels de quinine, le copahu, le cubèbe, les balsamiques, le mercure, les iodures, l'iodoforme, l'opium et la morphine, le bichromate de potasse, le sumac vénéneux.

L'ouvrage se termine par une bibliographie des plus complètes. Nous résumerons notre impression en disant que nous regrettons de ne pas connaître de traité didactique analogue dans la littérature médicale française.

L. B.

IV. — L'auteur cite rapidement les cas déjà connus d'éruptions iodoformiques : Zeissl en a relaté deux exemples en 1881 ; Fifield un autre en 1882 ; Fabre deux ; Janowsky six ; Neisser sept en 1884 ; Goodell un en 1885 ; Treves deux et Koster-Syke un en 1886 ; Kœnig en 1882 et Hæpfl en 1883 ont parlé accidentellement de l'érythème qui peut se développer dans les intoxications causées par l'iodoforme. En somme, il ne connaît que seize cas bien nets d'exanthème iodoformique déjà publiés ; son article en renferme neuf autres qui lui sont personnels. Sans nous attarder à donner un résumé de toutes ces observations, ce qui nous demanderait trop de temps et n'aurait pas grand intérêt, nous analyserons seulement les réflexions dont l'auteur les fait suivre.

Dans seize de ces vingt-cinq faits, lesquels, nous ne savons pour quelle raison, sont réduits à 24 dans le tableau d'ensemble qu'il en donne, des symptômes généraux se sont développés en même temps que les symptômes cutanés. Dans les neuf autres, l'éruption était le seul phénomène morbide. Cependant il ne faudrait pas croire que l'iodoforme cause avant tout des dermatoses. Cutler, dans son bel article sur les accidents causés par l'iodoforme (*Boston med. and Surg-Journal*, 29 juillet, 5 août 1886), a analysé 77 cas, tous caractérisés par des symptômes généraux plus ou moins graves : cinq d'entre eux seulement avaient eu des éruptions. Willemer, dans son récent travail (*Centralblatt für Chir.*, n° 30, 1886), est arrivé aux mêmes résultats. Il faut donc en conclure qu'il est plus fréquent d'observer des phénomènes généraux que des phénomènes cutanés dans l'intoxication iodoformique, mais que, d'autre part, l'iodoforme peut ne causer que des éruptions artificielles sans donner lieu à des symptômes généraux.

Les éruptions causées par l'iodoforme peuvent être groupées sous le nom générique de *Dermatites*, mais pour les besoins de leur étude il est préférable de les diviser en trois groupes principaux : 1° *lésions érythémateuses* ; 2° *eczémateuses* ; 3° *purpuriques*.

1° L'érythème, causé par l'iodoforme, apparaît et se développe avec

la plus grande rapidité; il peut avoir pour origine un foyer primitif qui a été mis en contact avec le médicament, ou bien il débute en des points qui n'ont été nullement irrités par la substance nuisible, comme cela se produit par exemple quand l'érythème survient pour avoir simplement respiré l'odeur de l'iodoforme sans qu'il y ait eu la moindre application directe. L'éruption atteint d'ordinaire très vite son acmé en un ou plusieurs jours; puis, quand les circonstances sont favorables, elle disparaît également avec la plus grande rapidité. On en a observé beaucoup de variétés: souvent l'érythème est léger, pas important, à peine teinté de rose; dans d'autres cas, il est encore superficiel, mais d'une teinte foncée; on peut même lui donner l'épithète de scarlatiniforme tant la coloration est vive. Enfin, dans des cas tout à fait exceptionnels, et d'ordinaire chez ceux qui présentent des symptômes généraux, l'érythème est tellement intense qu'il simule l'érysipèle. Parfois, on a observé des lésions semblables à celles de l'érythéma iris, de l'érythéma urticatum, des éruptions papuleuses, vésiculeuses, bulleuses, que l'on pourrait à la rigueur dénommer dans leur ensemble érythème multiforme.

2° L'eczéma que produit l'iodoforme est d'ordinaire grave comme lésion et se développe rapidement. Comme l'érythème, il peut apparaître autour d'un point de contact ou à distance; il s'étend avec la plus grande rapidité; sur les surfaces enflammées érythémateuses, la vésiculation se forme très vite et donne lieu presque tout de suite à de vastes placards suintants. Dans la plupart des cas, dès que l'agent irritant est supprimé, la résolution s'opère presque aussi rapidement que s'était faite l'invasion. Cependant on a vu parfois l'affection tendre à devenir chronique. Sur vingt-quatre cas, l'eczéma a été constaté neuf fois.

3° L'auteur n'a jamais observé de purpura dans l'intoxication iodoformique. Janowsky en relate un cas: l'éruption apparut le troisième jour sans phénomènes généraux. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour préciser ce point particulier.

Il ne faut pas confondre les éruptions précédentes avec les lésions érythémateuses légères qui existent souvent sur les mains des infirmiers, des fabricants de gaze iodoformée, chez tous ceux en un mot qui manipulent l'iodoforme. Ce sont là de simples irritations locales causées par la substance et qui ne présentent rien d'intéressant; elles sont comparables à toutes les éruptions artificielles si fréquentes aux mains de toutes les personnes qui manient des substances irritantes.

Dans douze des cas relatés par le Dr Taylor, l'éruption apparut au bout de quelques heures seulement, dès le premier jour. Dans trois cas, elle eut lieu le second jour; dans trois autres, le troisième jour; une fois le neuvième, une fois le dixième, une fois le douzième, et deux fois le quatorzième jour. Les accidents généraux causés par cette substance ne

se développent au contraire, dans la grande majorité des cas, que dans le cours de la deuxième semaine. Les faits relatés semblent indiquer que plus l'éruption se développe rapidement, plus elle a de la tendance à être érythémateuse et à se généraliser.

Parmi les 24 malades du Dr Taylor, trois seulement n'avaient pas encore atteint l'âge de la puberté, onze avaient de 20 à 30 ans, sept de 20 à 40, un 60 ans. Les statistiques semblent donc prouver que cette forme d'intoxication est plus fréquente pendant la jeunesse et l'âge moyen de la vie, tandis que les formes graves, causant des phénomènes généraux, s'observent surtout chez les vieillards.

Les autres symptômes qui accompagnent les accidents cutanés ont été des plus variables dans ces 24 cas, ils ont manqué neuf fois, ont été bénins huit fois, graves cinq fois, et ont causé la mort une seule fois.

Le Dr Taylor, avec Nussbaum et Cutler, distingue trois degrés de phénomènes généraux : *au premier degré*, les symptômes morbides sont peu accentués ; ils consistent en perte d'appétit, mal de tête, phénomènes d'excitation ou de dépression, délire léger ou perte de la mémoire, insomnie. *Au second degré*, on observe de l'anorexie complète, une céphalalgie intense, peut-être de la démence, de la manie, de la mélancolie, un pouls faible et rapide, une fièvre légère, de l'émaciation. *Au troisième degré*, les phénomènes précédents sont encore plus marqués, les malades peuvent être plongés dans la prostration la plus complète, le pouls est rapide, filiforme, enfin il peut se produire du collapsus, et le tout peut se terminer par la mort. Dans l'immense majorité des cas, la scène morbide ne dépasse pas le premier ou le second degré.

Après avoir discuté le mécanisme suivant lequel se produisent ces éruptions, l'auteur termine par les considérations suivantes :

A. *L'emploi de l'iodoforme est indiqué* : 1° Sur les plaies récentes ; 2° sur les ulcérations gangréneuses, chancroïdales, phagédéniques, syphilitiques, tuberculeuses, sur celles qui bourgeonnent mal ; 3° sur les os nécrosés.

B. *Il est contre-indiqué* : 1° Sur les os fraîchement sectionnés ; 2° sur les surfaces en voie de granulation ; 3° dans tous les cas où l'on sait qu'il produit des effets toxiques.

C. *Mode d'emploi* : 1° Il doit être mis avec précaution, et en petite quantité, sur les surfaces malades ; 2° dans les cavités naturelles ou artificielles, il ne faut en introduire qu'aussi peu que possible ; 3° il ne faut jamais en frictionner les plaies ; 4° il faut le renouveler le moins souvent possible ; 5° il ne faut pas employer de pansements qui en facilitent l'absorption outre mesure ; 6° on doit en cesser l'usage dès que de belles granulations se sont formées ; 7° il ne faut pas l'employer en même temps qu'un autre antiseptique, en particulier en même temps

que l'acide phénique ; 8° il ne faut s'en servir qu'avec les plus grandes précautions chez les jeunes et chez les vieux sujets, chez les personnes affaiblies et nerveuses, chez celles qui ont une affection rénale ou cardiaque, chez celles qui sont trop grasses et ont les chairs flasques ; 9° dès que le moindre symptôme d'intoxication survient, il faut en cesser l'usage.

D. Le développement de formes anormales d'eczéma persistant ou récurrent chez des personnes qui se trouvent en contact avec cette substance doit faire soupçonner qu'elle pourrait bien être la cause de l'éruption.

E. Il est nécessaire que les praticiens exercent une surveillance attentive sur tous les malades qui se servent de ce médicament, et, pour peu qu'il se produise le moindre phénomène morbide, même de peu d'intensité, du côté du cerveau, du cœur, des poumons, ou une tendance quelconque à l'anorexie, à l'amaigrissement, il faut en faire suspendre immédiatement l'emploi.

F. Il n'y a pas d'antidote connu : il faut donc se contenter de traiter chacun des symptômes de l'intoxication.

L. B.

V. — Chez un enfant de 11 ans, chez lequel on avait fait un pansement iodoformé sur une ulcération de la paupière supérieure gauche, on constata, le lendemain de ce pansement, une tuméfaction de toute la partie gauche de la face, qui était rouge depuis l'implantation des cheveux jusqu'au bord du maxillaire inférieur, depuis le nez jusqu'à l'oreille. La peau était violacée, tendue, semée de place en place de phlyctènes, dont quelques-unes s'étaient rompues et laissant échapper une sérosité gluante ; la limite du mal était tracée par un bourrelet saillant, un ganglion sous-maxillaire était engorgé. L'enfant n'avait pas dormi de la nuit et n'avait cessé de souffrir. Le lendemain, après un pansement boriqué, l'enfant n'avait plus souffert, et tous les phénomènes avaient disparu comme par enchantement. Au bout de trois semaines, pendant lesquels on employa divers pansements, on essaya de nouveau le pansement boriqué qui, de nouveau, causa des douleurs vives et amena, au bout de quelques heures, un gonflement érysipélateux notable des bords et du voisinage de l'ulcère.

GEORGES THIBERGE.

VI. — Chez un sujet pansé tous les deux jours avec de la poudre d'iodoforme pour une morsure de cheval à l'index gauche, on vit apparaître au bout d'un mois environ sur le doigt blessé des lésions semblables à celles d'une brûlure au 2° degré (épiderme soulevé et mortifié recouvrant le derme mis à nu, lisse et rouge vif, sensation très vive de brûlure), qui s'étendirent bientôt à toute la main : on continua le même pansement (gaze iodoformée enduite de vaseline et ouate). Le même aspect de brûlure ne tarda pas à se montrer sur l'index et le médius de l'autre main et là encore on fit un pansement à l'iodoforme. Quelques jours plus tard, apparurent sur les avant-bras et la moitié inférieure des deux bras des plaques rouges confluentes présentant de larges vésicules plates, renfermant un liquide séreux, puis sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen une éruption rappelant à s'y

méprendre l'exanthème rubéolique. On remplaça pour le pansement la gaze iodoformée par la gaze phéniquée : dès le lendemain, l'éruption rubéoliforme avait disparu, les vésicules des bras s'étaient affaissées, les lésions semblables aux brûlures avaient cessé de donner du pus. La guérison complète des accidents ne se fit pas attendre.

Cette observation est un nouvel exemple du polymorphisme et de la variété des accidents cutanés produits par l'iodoforme et des toxicodermies en général : elle montre combien il est difficile de reconnaître la nature de semblables accidents et combien ceux-ci peuvent survenir tardivement.

GEORGES THIBIERGE.

VII. — Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, atteinte, fin mars 1887, d'un léger typhus abdominal. Le 14 avril, le Dr Spitz constate que la température, normale le matin, était le soir modérément élevée et n'atteignait jamais 40°. Cependant devant la persistance de la fièvre il se décida le 24 avril à donner 2 grammes d'antipyrine en deux fois, ainsi que les jours suivants. Le 26 et le 27, on ne prescrivit que 1 gramme, le 28 pas d'antipyrine ; le 29, 2 grammes dans l'espace d'une heure, et enfin le 30 avril seulement 1 gramme. En tout, 9 grammes d'antipyrine en une semaine, sans qu'il se produisît rien d'anormal du côté du cœur ou de l'estomac. Le 1^{er} mai, il survint subitement sur toute la surface cutanée une éruption semblable à de la rougeole. On cessa l'antipyrine. Le jour suivant, l'exanthème était confluent sur le thorax et le dos, au point d'avoir un aspect scarlatiniforme, tandis que la face, spécialement le front, présentaient de légères élevures semblables à celles de l'urticaire ; lèvres et paupières très fortement oedématisées. Le 3 mai, desquamation par grands lambeaux ; pour l'accélérer, on ordonne un bain tiède de dix minutes. Les jours suivants, la malade présentait un aspect effrayant : l'épiderme se détachait par grands lambeaux, et au-dessous surface humide sur laquelle se formaient des croûtes minces. Des parties de la peau paraissant saines étaient une heure après envahies de la même manière. En quelques points on voyait des bulles aplaties, plus larges qu'une pièce de 5 francs en argent, flasques, à contenu séreux et qui se déchiraient au plus léger contact. Sur les parties où il n'y avait pas de bulles une friction légère suffisait pour détacher de grands lambeaux. Les mouvements étaient très douloureux ; impossibilité d'ouvrir les yeux ; un peu de nourriture liquide était seulement passive. Pouls accéléré, température de nouveau élevée.

On pouvait se demander s'il s'agissait bien au début d'un typhus et non des symptômes prémonitoires d'une affection grave de la peau ; peut-être d'un pemphigus malin ; mais peu à peu la desquamation s'arrêta, il ne se produisit plus de nouvelles bulles et la guérison se fit lentement, mais sans nouvel accident.

Il ne paraît pas douteux que l'antipyrine n'ait été la cause de cette grave complication. On ne saurait attribuer au bain l'aggravation de l'exanthème ; et il est permis de déduire de cette observation que l'antipyrine peut provoquer des éruptions graves chez certains individus.

A. DOYON.

VIII. — Il s'agit encore d'un cas de typhus abdominal chez une femme de 27 ans, qui prit en quinze jours 37 grammes d'antipyrine. Le quinzième jour au matin, frisson intense, légère élévation de température (de 39°,4 à 40°), puis apparition d'abord sur les mains d'un exanthème rubéolique, très prurigineux, qui s'étendit rapidement aux membres supérieurs, mais presque uniquement sur le côté de l'extension, au cou et principalement à tout le dos, laissant à peu près indemnes le thorax, l'abdomen, la face et les membres inférieurs. Au bout de deux jours, l'éruption se transforma sur les membres supérieurs en plaques de la dimension d'une pièce de 1 franc, légèrement saillantes, en partie confluentes, tandis que sur le dos elle prit une teinte rouge bleu foncé, purpurine. Les jours suivants l'éruption commença à pâlir et au bout de huit jours elle avait disparu sans aucune desquamation. Environ dix-huit heures après l'apparition de l'exanthème, il survint cinq selles copieuses, rouge foncé, peu liées, sans autre symptôme de collapsus qu'un abaissement de température à 38°, le matin; après trois jours, la température du matin était remontée à 40° et à partir de ce moment on donna 2 grammes de chlorhydrate de quinine par jour à doses fractionnées jusqu'au 1^{er} novembre. La fièvre cessa le 14 novembre. En dehors d'un fort décubitus, d'un léger catarrhe bronchique et d'une albuminurie intermittente, on ne trouva aucune complication qui put motiver la longue durée de la fièvre — sept à huit semaines — peut-être faut-il l'attribuer à des ulcères intestinaux.

Jusqu'à présent, on a publié 52 cas d'exanthème antipyrinique; l'auteur les passe en revue et signale les formes variées que cet exanthème peut révéler: dans 41 cas, il est qualifié de rubéoliforme, dans 4, d'analogue à l'urticaire, dans les autres d'érythématoïdiforme ou de papuliforme. Dans 30 cas, il s'agissait de typhus; dans 8 de phthisie; dans 2, de rhumatisme articulaire; pour les autres on manque de données précises. Le siège de l'exanthème est très variable; toutefois, c'est en général sur le côté de l'extension des membres qu'on l'a observé; la durée moyenne de l'exanthème varie entre 4 et 8 jours.

A. DOYON.

IX. — Avec le liquide filtré extrait par ponction d'un kyste hydatique du foie, M. Debove a fait en 3 jours différents une injection de 1 centimètre cube, sous la peau de l'abdomen chez 3 sujets, qui n'avaient jamais eu d'éruption ortiée. Le 1^{er} sujet ne présenta rien de particulier. Le 2^e sujet eut, 10 minutes après l'injection, 3 grandes plaques d'urticaire papuleuse aux points où les injections avaient été faites; cette éruption disparut au bout d'une heure. Le 3^e sujet eut aussi une éruption locale, et, en outre, il apparut 20 minutes après l'injection, à la partie postérieure du tronc 4 grandes, plaques d'urticaire papuleuse, qui persistèrent pendant 1 heure; 6 heures plus tard (sans nouvelle injection), il se fit une éruption caractéristique et confluyente d'urticaire sur la partie antérieure des bras et des avant-bras. Ces expériences montrent que l'urticaire hydatique est due à la résorption du liquide hydatique, et est le résultat d'une auto-intoxication.

GEORGES THIBIERGE.

X. — Jeune fille de 13 ans, n'ayant jamais eu de rhumatisme articulaire, mais seulement des douleurs vagues dans les membres vers le milieu de janvier. Au mois de février, plaques d'érythème marginé sur le thorax. Endopéricardite. Le 20 mars, on perceait à la face antérieure du poignet gauche trois petites nodosités échelonnées de haut en bas, dures, élastiques, non adhérentes à la peau, qui est de couleur normale; leur volume est celui d'un pois. En faisant contracter les muscles, elles font une saillie plus considérable et paraissent adhérentes aux tendons; — autres nodosités bien moins limitées au niveau de la partie inférieure du radius à la face palmaire. Du côté droit, nodosités semblables aux points symétriques. Plus trace d'érythème. Les nodosités restent stationnaires jusqu'à la mort de la malade qui succombe quatre jours plus tard aux progrès d'une congestion pulmonaire double.

A l'autopsie, les nodosités de l'avant-bras forment après incision des téguments deux petites tumeurs arrondies, dures, élastiques, placées sous l'aponévrose et sur le tendon du grand palmaire; elles n'adhèrent pas à l'aponévrose, mais adhèrent au tendon. Après la section du tendon et de l'aponévrose antibrachiale, les nodosités dures et bien limitées auparavant s'affaissent brusquement et se résolvent en ne laissant qu'une légère saillie à peine sensible au doigt. Outre les nodosités perçues pendant la vie, on en voit d'autres, de même consistance et de même coloration, mais moins bien limitées, étalées et rapprochées en couche presque continue à la partie inférieure des tendons des deux radiaux externes des deux côtés; leur volume plus petit et leur situation plus profonde expliquent comment elles ont passé inaperçues.

Le durcissement des pièces dans l'alcool fait diminuer leur volume des trois quarts environ sur les coupes, on constate au microscope que le tendon et l'aponévrose sont sains. A la surface du tendon, la nodosité est constituée par des cellules embryonnaires serrées les unes contre les autres et représentant très exactement l'aspect d'un bourgeon charnu; ces cellules embryonnaires se prolongent en formant une mince couche à la surface du tendon et de chaque côté de lui. La partie de l'aponévrose correspondante à la nodosité ne présente aucune trace de prolifération embryonnaire. Nulle part on ne voit de réseau fibrineux.

Cette observation est intéressante en raison de l'absence de toute manifestation du côté des jointures; elle est encore intéressante en raison de l'examen histologique qui a été fait des lésions observées; ainsi que le fait remarquer M. Gilly, les seules autopsies de nodosités rhumatismales sont celles de Burlew et Warner, de Hirschprung et de Grawitz. Ce nouveau fait met en lumière le rôle de l'œdème dans la production des nodosités, à la formation desquelles concourent un bourgeon inflammatoire et un exsudat liquide beaucoup plus considérable. Il montre aussi que l'inflammation est plus diffuse qu'elle ne paraît; aussi la lésion serait-elle plus exactement désignée sous le nom de synovite rhumatismale noueuse.

GEORGES THIBIERGE.

VARIA.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATOLOGIE
ET DE LA SYPHILIGRAPHIE DANS LES UNIVERSITÉS
ALLEMANDES ET AUSTRO-HONGROISES.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATO-SYPHILIGRAPHIE
EN FRANCE, EN ALLEMAGNE ET EN AUTRICHE-HONGRIE

Par M. le Professeur **Henri LELOIR**.

(Suite.)

*Ce que devrait être l'installation des cliniques dermato-syphiligraphiques
en France.*

Sans aller demander pour nos cliniques dermato-syphiligraphiques françaises des pavillons isolés comme celui de la clinique de Bonn, il serait à souhaiter que toutes les cliniques fussent pourvues :

1° D'une salle spéciale pour la *polyclinique*, salle communiquant directement avec le dehors, sorte de salle de consultation où pourraient en outre être faites les petites opérations dermatologiques, les pansements, les applications topiques, etc. ;

2° D'un amphithéâtre spécial où le professeur pourrait faire ses cours sans être obligé, après chaque leçon, de déranger, pour faire place à un autre collègue, les planches, dessins, moulages, microscopes, etc., dont il s'est servi pour la démonstration de la leçon et dont il aura à se servir pour une leçon ultérieure ;

3° De salles suffisamment grandes, nombreuses et éclairées pour l'installation des laboratoires de recherches ;

4° De locaux suffisamment spacieux et abrités pour conserver les animaux en expérience ;

5° De salles assez vastes pour que les collections y puissent être avantageusement exposées ;

6° De salles de malades suffisamment vastes et parfaitement éclairées ;

7° D'un service de bains, douches et d'un personnel spécial d'infirmiers pour les traitements prescrits à la polyclinique et de crédits suffisants pour subvenir aux besoins de cette polyclinique.

Tant que l'Université n'aura pas pris absolument en main la direction des cliniques, celles-ci se heurteront toujours à la parcimonie des administrations hospitalières, et aucun progrès dans l'organisation du service au point de vue de l'enseignement ne pourra être réalisé.

*Crédits affectés aux cliniques dermato-syphiligraphiques en Allemagne.
Frais de séjour des malades.*

Les subsides sont distribués d'une façon telle que les cliniques dermato-syphiligraphiques puissent acheter les objets qui leur sont nécessaires. Et, à ce point de vue, lorsque mes collègues allemands m'interrogeaient sur les subsides qui me sont accordés pour ma clinique à Lille, je voyais un léger sourire de pitié poindre sur leurs lèvres, lorsqu'ils me demandaient : « Mais comment pouvez-vous donc en sortir avec si peu ? »

A propos des subsides accordés aux cliniques dermato-syphiligraphiques, je crois utile d'exposer rapidement la façon dont ceux-ci sont distribués dans plusieurs universités allemandes où existent clinique et service hospitalier (1) ; à Bonn, Breslau, Strasbourg. — Je ne parle pas de Berlin, les cliniques berlinoises présentant à ce point de vue une réglementation spéciale, car la clinique dermatologique et la clinique des maladies vénériennes se trouvent, comme nous l'avons vu, dans un hôpital militaire, l'hôpital de La Charité.

Prenons pour exemple la clinique dermato-syphiligraphique de l'Université de Bonn, une des moins dotées parmi les quatre cliniques pourvues d'un service hospitalier. Nous avons vu que la clinique dermato-syphiligraphique de l'Université de Bonn renferme 50 lits, moitié hommes, moitié femmes ; chacune de ces divisions est partagée à son tour en deux sections : *Section des syphilitiques, section des maladies de la peau*. Chacune de ces quatre sections renferme une chambre de première classe pour laquelle le malade paye 7 marcs 1/2 par jour ; sept chambres de 2^e classe pour chacune desquelles les malades payent 4 marcs 1/2 par jour (il y a parfois 2 malades dans les chambres de 2^e classe).

Les malades de 1^{re} et de 2^e classe ne peuvent servir pour la clinique ; aussi arrive-t-il souvent que l'on place les malades de 3^e classe en 2^e et même en 1^{re} classe. Les malades de 3^e classe, ou à leur défaut, leurs communes payent par jour à la clinique 1 marc 25 (2).

(1) Ceci n'est d'ailleurs pas spécial aux cliniques dermato-syphiligraphiques, mais s'applique à toutes les cliniques des Universités prussiennes en général. Je dis prussiennes et non allemandes, car il n'en est pas absolument de même en Bavière, par exemple. D'ailleurs si l'on regarde le tableau de la page 28, on verra que les quatre cliniques dermato-syphiligraphiques se trouvent en Prusse.

(2) A ce propos, je dois signaler un inconvénient majeur, j'oserais dire une loi administrative inique relative à la réception des malades dans nos hôpitaux. Pour entrer à l'hôpital, il faut avoir un temps donné de résidence dans la ville où siège l'hôpital ; ou bien il faut payer son séjour. Si le malade est un indigent, et c'est le cas ordinaire, si sa maladie ne nécessite pas son entrée d'urgence à l'hôpital, on s'informe si la commune dont il est originaire veut payer son séjour à l'hôpital. Mais, le plus souvent, les communes ne voulant pas payer, ou se faisant tirer l'oreille, ou même voulussent-elles payer, les formalités administratives nécessitant un certain temps, il en résulte un ajournement dans le traitement, des plus préjudiciable au malade, des plus préjudiciable à la santé publique, si le malade est atteint d'une affection contagieuse. Que de fois n'ai-je pas vu la porte de l'hôpital ainsi fermée à des syphilitiques ? Et, cependant, pour prendre Lille comme exemple, les portes de l'hôpital ne sont-elles pas grandes ouvertes aux étrangers, qui ont six mois de séjour à Lille ? Mon service est ainsi rempli d'étrangers, de Belges en particulier, alors que des Français (ils n'ont pas six mois de séjour) sont rigoureusement exclus. — Le gouvernement ne pourrait-il remédier à cet

Mais je ne veux pas insister plus longtemps sur cette division en classes, presque spéciale à l'Université de Bonn ; ce que je voulais montrer, c'est que les malades, ou à leur défaut leur commune, payent leur séjour d'hôpital à la clinique.

Le total de l'argent payé par les malades, déduction faite de leurs frais de séjour (nourriture, chauffage, etc.) retourne à l'État. Par contre, l'État donne au professeur Doutrelepon, pour subvenir aux soins à donner aux malades et à ses frais de cours :

1° Pour les médicaments, etc., destinés aux soins à donner aux malades.....	2,650 marcs
2° Pour les objets de pansement.....	550 "
3° Pour la bibliothèque	350 "
4° Pour les instruments et appareils, objets et réactifs de laboratoire, etc.....	500 "
5° Pour frais divers.....	50 "

Ainsi, en somme, le professeur Doutrelepon reçoit, pour les frais de cours, achats d'instruments et appareils, 950 marcs = 1,125 francs.

Je ne reçois à Lille, pour mes frais de cours, mes achats d'instruments, d'appareils, objets et réactifs de laboratoire et de médicaments considérés comme extraordinaires par l'administration des hospices (ce qui arrive le plus souvent quand il s'agit d'un médicament nouveau), que 800 francs.

Or, Doutrelepon se plaint, et avec raison, de l'insuffisance de ses crédits. Que dois-je dire alors ? J'ajoute que, lorsque les circonstances nécessitent l'achat urgent de matériel d'enseignement, l'État fournit encore au professeur Doutrelepon des crédits extraordinaires pour subvenir à ses frais de cours.

Les autres cliniques dermato-syphiligraphiques reçoivent pour leurs frais de cours des sommes analogues ou supérieures. (Je parle des quatre cliniques pourvues d'un service hospitalier : Breslau, Berlin, Strasbourg (1).

état de choses par une loi très simple que l'on pourrait à peu près formuler ainsi : « Tout Français dont l'admission à l'hôpital sera reconnue nécessaire par les médecins compétents sera admis d'urgence. La commune dont le malade est originaire recevra par l'intermédiaire de la préfecture de son département la note des frais de séjour du malade à l'hôpital, à la sortie de celui-ci. L'administration hospitalière de l'hôpital où le malade a été traité sera remboursée de ses frais par la préfecture. »

Que d'aggravations de maladies, que d'infections nouvelles dans l'entourage du malade cette loi si simple pourrait éviter.

(1) A Strasbourg, l'entretien du service est à la charge de l'hôpital civil de Strasbourg qui reçoit spécialement pour cet entretien les fonds suivants :

La ville verse.....	3,750 francs ;
Le département verse.....	2,500 —

Les propriétaires des maisons publiques 0,25 par visite et par fille pour l'entretien des malades prostituées, ce qui fait, d'après ce que me disait le professeur Wolff, une somme d'environ 1,750 francs par an (Il serait à désirer qu'une contribution analogue frappât les propriétaires des maisons publiques en France). De plus, mesure excellente et qu'il serait également à désirer de voir adopter chez nous, le Haut-Rhin fournit pour le traitement de malades intéressants pour la clinique la somme de 750 francs et le Bas-Rhin la somme de 600 francs par an. Le professeur décide de l'admission de ces filles. Il va sans dire que l'hôpital est obligé de payer de ses deniers une somme plus considérable que celles précitées

On pourrait s'étonner en France, où l'on a créé pour l'enseignement clinique des sortes d'hybrides, que ce soit le professeur de clinique qui reçoive l'argent nécessaire à l'achat des médicaments et objets de pansement. Ce système présente un immense avantage : c'est de permettre au professeur d'acheter immédiatement les médicaments nouveaux, les appareils nouveaux dont il peut avoir besoin, ou qu'il désire expérimenter, sans qu'il ait à se heurter soit à une fin de non-recevoir de la part de l'Administration hospitalière : « Ce médicament n'est pas au formulaire » ; soit à des lenteurs administratives excessives (1).

Mais il présente un inconvénient, c'est de forcer le professeur à trop s'occuper de questions administratives. Il est vrai qu'un directeur des cliniques (inspecteur-directeur), sorte d'agent supérieur chargé de s'occuper de la partie administrative des cliniques, remédie en partie à cet inconvénient. Il suffirait, d'ailleurs, d'une légère modification dans ce système pour le rendre excellent.

Les élèves. — Les examens.

Nous venons d'étudier l'organisation des professeurs, des cliniques, des services hospitaliers affectés à l'enseignement de la dermato-syphiligraphie. Quelques mots maintenant sur les élèves qui fréquentent les cours de dermato-syphiligraphie.

Les élèves ne sont pas tenus, en Allemagne, de suivre les cours des maladies cutanées et vénériennes. Il n'existe pas de questions relatives à la dermato-syphiligraphie dans le programme des examens.

Or, comme les professeurs de dermato-syphiligraphie en Allemagne sont ou des professeurs extraordinaires, ou des privat-docent, et que cet ordre de

pour entretenir les malades. A Strasbourg, l'hôpital fournit les médicaments, bandages, etc.

L'Université fournit directement, pour les frais de cours, achats d'instruments, de livres, etc., 1,350 francs. D'après ce que m'a dit le professeur Wolff, ses crédits doivent être bientôt notablement augmentés. On doit aussi, sous peu, lui accorder un crédit spécial pour sa polyclinique.

Enfin, mesure très pratique et qui devrait être adoptée chez nous, les envois postaux et les lettres sont francs de port par l'apposition du timbre ci-contre :

Freiet. Aversum. n° 19
Kaiser-Wilhelms
Universität.

(1) Que de fois ne répond-on pas à mes demandes d'achat de médicaments des plus nécessaires, bien que nouveaux : « Ces médicaments ne sont pas au formulaire, on a bien fait sans jusqu'ici ; l'Administration hospitalière n'est pas chargée de payer vos expériences, etc., etc... Faites une demande ; prouvez-nous que ce médicament nouveau est utile et ne coûtera pas trop cher. » Les obstacles créés par l'Administration sont tels, que, dans bien des cas, le professeur hésite à demander un médicament nouveau et utile. Et cependant, on ne peut en vouloir à l'Administration ; elle est dans son rôle d'administration hospitalière en serrant le plus possible les cordons de sa bourse ; et, comme me le font souvent observer les administrateurs de Lille : Université, Enseignement et Administration hospitalière sont deux choses différentes. Oui, ils ont raison, ce sont deux choses différentes devant se choquer par cette raison même, et d'un accouplement impossible. C'est ce que l'on a bien compris en Allemagne, pour le plus grand bien de l'enseignement et du progrès scientifique.

membres de l'Université ne fait pas (ou tout à fait exceptionnellement) passer des examens, (1) les élèves n'ont pas à redouter d'être interrogés sur les affections cutanées et vénériennes. Qu'ils connaissent ou non cette branche si importante de la médecine ils sont absolument libres : l'Université s'en lave les mains.

Quelle étrange anomalie ! Quelle absurdité ! Comment, vous exigez d'un élève, et vous avez mille fois raison, qu'il connaisse à fond par exemple, l'ataxie locomotrice, la cirrhose hypertrophique, le cancer de l'estomac, affections qu'il ne guérira pas et qui ne contamineront pas l'entourage du malade, et vous permettez à cet élève d'ignorer la syphilis, la gale, les teignes, la blennorrhagie, la chancelle, etc., affections qu'il doit guérir presque à coup sûr, et qui, laissées à elles-mêmes, non seulement font courir de graves dangers au sujet qui en est porteur, mais encore à son entourage.

Vous lui donnez un brevet d'ignorance dans des questions aussi graves et au point de vue médical et au point de vue social !

Mais pourquoi insister sur une pareille inconséquence, après les belles pages écrites par Besnier, par Doyon, sur ce sujet, après l'éloquent discours que vient de prononcer, en 1887, à l'Académie de médecine, le professeur A. Fournier sur la prophylaxie de la syphilis.

Tout porte à croire, d'ailleurs, que, grâce aux réclamations si justes et si patriotiques des principaux dermato-syphiligraphes allemands, cet état de choses sera sous peu modifié.

Cependant, quoique l'étude de la dermato-syphiligraphie soit facultative en Allemagne, les élèves sont nombreux dans les cours spéciaux bien faits. Ils sentent, en effet, mieux que le Gouvernement, mieux que l'Université, combien la connaissance de la dermato-syphiligraphie est nécessaire à tout praticien (2). Le nombre des élèves qui affluent dans les cours et services spéciaux de l'Allemagne et de l'Autriche (remarquez que ces cours ne sont pas gratuits, car l'élève paye le professeur en Allemagne, sauf dans certaines circonstances spéciales) devrait ouvrir les yeux des gouvernements de ces pays et leur faire prendre les mesures nécessaires, car malheureusement tous les élèves ne sont pas des laborieux et tous n'assistent pas à ces cours spéciaux (3).

(1) Ainsi à Bonn, les élèves sont interrogés en dermato-syphiligraphie par Dou-trelepont, parce qu'il se trouve que, à Bonn, par hasard, un dermato-syphiligraphe, chirurgien non moins émérite que dermato-syphiligraphe éminent, est chargé par l'Université d'examiner pour la chirurgie. Il en profite, et avec raison, pour poser des questions de dermato-syphiligraphie.

(2) Point n'est besoin d'insister sur cette nécessité ; ce serait temps perdu. Je crois d'ailleurs avoir suffisamment insisté sur cette question dans mes leçons sur la syphilis (1^{re} leçon). (Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1886.)

(3) Cet argument suffirait à lui seul pour démontrer la nécessité de l'ordinaire pour les professeurs de dermatologie et de syphiligraphie en Allemagne. On sait, en effet, que, seuls, les professeurs ordinaires font passer des examens aux élèves en Allemagne ; aussi sont-ils redoutés, et seuls, leurs cours sont-ils suivis par les élèves paresseux, les cours des professeurs qui ne font pas passer d'examens étant considérés comme inutiles par ces mêmes élèves.

Ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que, parfois, (lorsque le nombre des professeurs ordinaires est insuffisant), la Faculté pouvant décider que un ou plusieurs professeurs extraordinaires ou même privat-docenten feront passer des examens, des professeurs extraordinaires ou privat-docenten de dermato-syphiligraphie pourront ainsi devenir des examinateurs pour un temps plus ou moins long. On

D'ailleurs, parmi les 100 auditeurs qui assistent au cours de Lewin ou de Neisser, parmi les 70 qui assistent au cours de Lesser, tous ne sont pas des étudiants, mais des médecins. N'est-ce pas quelquefois un peu tard, non pour eux, mais pour les malades qu'ils ont soignés ?

Une des choses qui frappent le plus l'étranger qui suit un cours de dermato-syphiligraphie en Allemagne ou en Autriche, c'est l'ordre, la discipline qui règnent dans les services, l'attention avec laquelle les élèves suivent les leçons et les conseils du maître, le soin avec lequel sont recueillies les observations des malades, sont appliqués les pansements, sont faites les recherches de laboratoire ; la soumission, la confiance, la passivité presque avec laquelle les malades se laissent examiner, panser, voire même pratiquer les opérations les plus douloureuses.

En ce qui regarde les élèves, cela tient-il à ce que payant (1) ils veulent en

constate, dans ces cas, une augmentation considérable du nombre des élèves inscrits aux cours de dermato-syphiligraphie. Ainsi, à Wurzburg, Matterstock (professeur extraordinaire), demandant toujours aux examens des questions de dermato-syphiligraphie, on constate que le privat-docent chargé du cours de dermato-syphiligraphie, le Dr Seifert a cent auditeurs à son cours ; alors que, un dermatologiste et un syphiligraphie de la valeur de Rinecker n'en avait que quinze quelques années auparavant dans cette même faculté. Mais, du temps de Rinecker, on ne demandait pas de dermatologie et de syphiligraphie aux examens, tandis que, depuis la mort de Gerhardt, Matterstock et Leube font toujours passer les examens de médecine interne, et Matterstock demande toujours aux examens des questions de dermato-syphiligraphie.

C'est là aussi une des raisons qui font que, à Bonn, où il existe 150 étudiants en médecine, mon ami, le professeur Doutrelepont (professeur extraordinaire) a, en été, 112 auditeurs inscrits et 70 en hiver. Il n'en aurait, certes, pas autant, malgré sa haute valeur et son talent si original et si séduisant de professeur, s'il n'était pas chargé de faire passer les examens de chirurgie, ce dont il profite pour poser des questions relatives à la dermato-syphiligraphie.

(1) On sait qu'en Allemagne comme en Autriche-Hongrie, les élèves inscrits payent le professeur.

À ce point de vue, l'enseignement se divise en :

A. *Leçons « publicum »*. — Ces leçons sont gratuites et faites pour attirer le public près d'un jeune professeur débutant, en général ; ou par un privat-docent désireux d'enseigner dans un cours accessoire. Ainsi à Munich, C. Kopp faisait, pendant l'été, une leçon publicum par semaine sur la blennorrhagie.

B. *Leçons « privatim »*. — Ce sont les leçons magistrales faites par le professeur en titre. Ces leçons sont payées. Ainsi, à Munich, les élèves inscrits payent environ 10 marcs pour l'année au Dr Posselt (privat-docent chargé de l'enseignement officiel des maladies cutanées). A Bonn, les élèves inscrits payent au professeur Doutrelepont 15 marcs par semestre ; Doutrelepont ne fait plus payer les élèves qui ont suivi ses cours pendant 3 semestres. D'ailleurs, si l'élève est pauvre, il peut, pour la leçon privatim, être exempté de tout paiement, ou celui-ci peut être diminué. Cela arrive souvent.

C. *Les leçons « privatissime »* sont en général des cours non officiels faits par un privat-docent. — Celles-ci sont toujours payées. Ainsi, à Munich, le docteur Kopp (chargé d'un cours accessoire de maladies cutanées et syphilitiques et d'une polyclinique) perçoit par semestre 16 marcs pour les leçons pratiques (il en fait 2 par semaine), et 10 marcs pour les leçons théoriques (il en fait 2 par semaine).

De ces honoraires payés au professeur par les auditeurs inscrits, tout est touché par lui, sauf une somme minime retenue par l'Université pour les frais de perception « Perceptions Gebühr ». Ainsi, à Munich, pour les 240 marcs perçus par Kopp, par semestre, l'université garde 6 marcs.

Je ne veux pas discuter ici la valeur du système qui consiste à faire payer le

avoir pour leur argent ? Peut-être. Mais il y a là affaire de race et d'éducation. La façon passive dont les malades se soumettent aux ordres du médecin, l'ordre et le calme admirables qui règnent dans les salles, dans les services, en sont la preuve.

Travaux et recherches personnelles.

Avec de tels éléments, on conçoit aisément que les recherches, les publications personnelles, ne font pas défaut dans les services spéciaux de l'Allemagne. D'ailleurs, celles-ci sont grandement favorisées par l'importance que gouvernement et universités attachent aux travaux personnels, par l'appui qu'ils donnent, non seulement moralement mais pécuniairement aux recherches, publications et missions scientifiques. Mais ceci n'a rien de spécial à la dermato-syphiligraphie ; aussi je n'y insiste pas, me bornant à signaler ce fait sur lequel on ne saurait trop appeler en France l'attention du ministère de l'instruction publique et des universités.

Énumération des ressources matérielles que possède l'Allemagne au point de vue de l'enseignement dermato-syphiligraphique.

Je termine cette étude de l'organisation de l'enseignement de la dermato-syphiligraphie en Allemagne par l'énumération des ressources que présentent, en 1887, au point de vue de l'enseignement des maladies cutanées et vénériennes, les universités allemandes. On remarquera que l'enseignement de la dermato-syphiligraphie se trouve surtout concentré en Prusse.

Je commence par les universités où l'enseignement dermato-syphiligraphique est fait par un professeur extraordinaire possédant un service spécial où sont reçus les malades atteints d'affections cutanées et syphilitiques.

BERLIN. — Clinique des maladies cutanées.

SCHWENINGER (Professeur extraordinaire). Service de 20 lits.

Clinique des maladies vénériennes.

LEWIN. (Professeur extraordinaire). Service de plus de 150 lits.

Ces deux cliniques se trouvent dans le vieil hôpital de La Charité de Berlin (hôpital militaire).

On remarquera l'insuffisance du nombre de lits de la clinique des maladies cutanées : 20 lits dans une ville comme Berlin !!

professeur par les élèves. Je dois dire cependant qu'il m'a paru, en Allemagne et en Autriche-Hongrie, être une cause assez puissante d'émulation pour le professeur, et d'attention pour les élèves. Il ne semble pas impossible, en effet, qu'un professeur soit parfois plus soigneux dans la préparation de son cours, dans l'organisation de son enseignement lorsqu'il sait que si cet enseignement est brillant il attirera d'autant plus d'élèves. Il sera ainsi flatté dans son orgueil et caressé dans ses intérêts. — D'autre part, les élèves qui payent veulent en avoir pour leur argent, et ils n'en écoutent et regardent que mieux. J'ai même cru remarquer que le professeur, trouvant ainsi dans son enseignement des avantages pécuniaires proportionnels à son mérite et au mal qu'il se donne, était ainsi moins porté à se laisser entraîner à la recherche de la clientèle, ou tout au moins ne se laissait pas absorber presque complètement par celle-ci.

BONN. — *Clinique des maladies cutanées et vénériennes.*

DOUTRELEPONT (Professeur extraordinaire). Service de 56 lits.

J'ai insisté plus haut sur l'installation et l'organisation admirables de cette clinique.

BRESLAU. — *Clinique des maladies cutanées et vénériennes.*

NEISSER (Professeur extraordinaire). Service de 80 lits.

Le service se trouve dans un vieil hôpital. Néanmoins, le professeur Neisser est arrivé à y installer des laboratoires dignes de lui.

STRASBOURG. — *Clinique des maladies cutanées et vénériennes.*

WOLFF (Professeur extraordinaire). Service de 122 lits (38 lits d'hommes; 84 lits de femmes).

Ces lits sont répartis dans 9 salles et 2 cabinets d'isolement à un lit chacun. La bonne organisation de cette clinique date de la nomination du professeur Wolff.

KÖNIGSBERG. — *Cours des maladies cutanées et vénériennes.*

CASPARY (Professeur extraordinaire).

Il n'y a pas de service spécial de maladies cutanées et vénériennes appartenant à la clinique à Königsberg, mais simplement une polyclinique.

IÉNA. — Le cours des maladies cutanées et vénériennes n'existe plus depuis le départ de P. Furbringer pour Berlin. Cela paraît être d'ailleurs un état de choses provisoire.

Il n'y a pas de service clinique de maladies cutanées et vénériennes à Iéna.

LEIPZIG. — *Cours des maladies cutanées et vénériennes.*

E. LESSER (Privat-docent).

Il n'y a pas de service clinique des maladies cutanées et syphilitiques à Leipzig, ni de polyclinique officielle. C'est au moyen de sa polyclinique privée, et entretenue à ses propres frais, que E. Lesser peut subvenir aux besoins de son enseignement.

MUNICH. — *Cours clinique des maladies cutanées et vénériennes.*

CARL POSSELT (Privat-docent).

Le service comprend : pour les femmes, 48 lits, dont 24 lits pour les filles publiques (logées à part), 12 lits pour les vénériennes, et 12 lits pour les femmes atteintes d'affections cutanées ; pour les hommes, 36 lits de vénériens, 12 lits pour les malades atteints d'affections cutanées, 12 lits pour les étudiants atteints d'affections vénériennes ou cutanées.

Une salle de 24 lits est mise à la disposition du médecin en cas de besoin. Il existe en outre, pouvant être annexés au service des maladies cutanées et syphilitiques, des chambres spéciales pour les malades qui en font la demande.

On remarquera l'insuffisance des lits affectés aux malades atteints d'affections cutanées. Cela tient à une raison d'ordre passager sans doute.

Polyclinique. — En 1885, l'Université de Munich a adjoint à la polyclinique (dont les différents services sont admirablement installés dans un bâtiment spécial) qui renferme depuis longtemps la polyclinique médicale, chirurgicale, obstétricale, ophthalmologique, laryngologique, des maladies des enfants, etc., une polyclinique stermato-syphiligraphique.

Carl Kopp, privat-docent à l'Université de Munich, ancien élève du professeur Neisser, a été chargé officieusement de cette polyclinique par l'Université, en attendant que l'Etat puisse transformer cette création en un acte officiel, ce qui paraît probable et prochain.

Cette polyclinique est considérée comme une annexe de la polyclinique chirurgicale, dans les locaux de laquelle elle se trouve placée dans une salle commune avec la polyclinique otologique (ce qui n'est pas sans inconvénient à bien des points de vue). L'espace qui lui est affecté est d'ailleurs absolument dérisoire. Malgré cela, cette polyclinique soigne environ 1,200 malades par an.

ERLANGEN. — Cours des maladies cutanées et vénériennes.

R. FLEISCHER (Privat-docent).

Il n'y a pas de service clinique des maladies cutanées et syphilitiques à Erlangen.

WURZBOURG. — Cours clinique des maladies cutanées et vénériennes.

SEIFERT (Privat-docent).

Le service clinique comprend : 33 lits d'hommes, 29 lits de femmes. Chose déplorable, les femmes honnêtes et les filles publiques se trouvent mélangées.

L'installation des services est très mauvaise : les malades sont mal logés dans les plus vilaines salles du vieil et grandiose hôpital de Würzburg.

D'ailleurs, la direction de l'hôpital (on sait que l'hôpital de Würzburg possède un capital personnel sur lequel il vit, car il est le fruit d'une donation) faisait tout ce qu'elle pouvait, il y a quelque temps, pour écarter les vénériens, syphilitiques, etc., en leur donnant le moins de place possible et les plus mauvais locaux possibles. Il n'est, d'ailleurs, pas besoin d'aller à Würzburg pour rencontrer cet esprit mesquin qui porte certains individus à considérer les syphilitiques, les vénériens, les sujets atteints d'affections cutanées comme des réprouvés. A Paris même, il y a quelques années, les asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet n'étaient-ils pas interdits aux syphilitiques. J'ai même, à ce propos, commencé une campagne, en 1879, campagne qui fut ensuite reprise et développée dans le *Progrès médical* par le Dr Bourneville.

Polyclinique des maladies cutanées

MATTERSTOCK (Professeur extraordinaire).

La polyclinique des maladies cutanées, dirigée par Matterstock (lequel est en même temps directeur de la polyclinique médicale interne et de la polyclinique infantile) se trouve située dans un très beau bâtiment isolé, affecté aux instituts polycliniques avec la polyclinique chirurgicale, otolo-

gique, ophthalmologique, etc. (1), tout près des magnifiques instituts anatomiques et anatomo-pathologiques de K  lker et de Rindfleisch.

FREIBURG. — Cours des maladies cutanées et vénériennes

Ce cours était fait par W. Hack (Professeur extraordinaire). Il est encore vacant, par suite de la mort de W. Hack.

Il n'existe pas de service clinique spécial des maladies v  r  riennes et cutanées à Freiburg.

Remarquons, en terminant, que sur les onze Universités allemandes pourvues d'un enseignement dermato-syphiligraphique, la Prusse en possède cinq : Berlin, Bonn, Breslau, K  nigsberg et Strasbourg. C'est, d'ailleurs, en Prusse que se trouvent les centres d'enseignement dermato-syphiligraphiques les mieux organisés. Cela tient évidemment à l'esprit de progrès qui dirige le ministère de l'instruction publique en Prusse.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUE EN AUTRICHE-HONGRIE.

Après ce que j'ai dit plus haut à propos de l'enseignement dermato-syphiligraphique allemand comparé à celui de la France et de l'Autriche-Hongrie, je pourrai être bref dans mon étude de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Autriche-Hongrie.

L'organisation de cet enseignement présente, en effet, la plus grande analogie avec celle qui existe en Allemagne. Comme je l'ai dit, c'est l'organisation allemande, mais perfectionnée et augmentée. Rien de surprenant à cela quand on songe que l'organisation officielle de l'enseignement de la dermato-syphiligraphie en Autriche est de date beaucoup plus ancienne qu'en Alle-

(1) L'histoire du cours des maladies cutanées et syphilitiques à l'Université de Würzbourg vaut la peine d'être brièvement racontée, par suite de ses bizarres fluctuations.

A la mort de Rinecker, qui était professeur ordinaire de psychiatrie, de dermatologie et de syphiligraphie, Matterstock remplaça Rinecker comme privat-docent de syphiligraphie. Gerhardt, à cette époque professeur de médecine interne à Würzbourg (actuellement à Berlin où il remplace Frehrichs à la clinique interne); fut chargé du cours de dermatologie. Quand Gerhardt partit pour Berlin, il y a de cela environ 2 ans, Leube (d'Erlangen) vint prendre sa place de professeur de médecine interne et fit donner le cours de dermatologie    Matterstock, lequel fut ainsi, comme privat-docent, chargé du cours de clinique et du service de dermatologie et de syphiligraphie.

Mais voilà que Geigel, professeur ordinaire, directeur de presque toute la polyclinique (polyclinique médicale, infantile, dermatologique, syphiligraphique, etc.), meurt il y a quelques mois. Matterstock est alors nommé professeur extraordinaire de la polyclinique (médicale, infantile, dermatologique et syphiligraphique)    la place de Geigel.

Le docteur Seifert, antérieurement privat-docent de médecine interne, laryngologie et rhinologie, ex-assistant de Gerhardt, est chargé comme privat-docent du cours de clinique et du service de dermatologie et de syphiligraphie.

C'est par ces différentes phases qu'est passé l'enseignement dermato-syphiligraphique dans l'importante Université de Würzbourg. *Fluctuat nec mergitur.*

magne, et malheureusement, il faut bien le dire (bien qu'une pareille chose soit incompréhensible dans le pays où, depuis si longtemps, brillait l'enseignement non officiel de Saint-Louis, du Midi, et de l'Antiquaille), que chez nous (1).

Il n'est actuellement aucun pays au monde qui puisse lutter avec l'organisation de l'enseignement dermato-syphiligraphique autrichien (2). Aussi l'Autriche, Vienne en particulier, sont-elles le grand centre d'attraction pour les élèves désireux d'acquérir rapidement et facilement des connaissances étendues dans cette spécialité.

*Universités austro-hongroises pourvues d'un enseignement
dermato-syphiligraphique.*

Il existe en Autriche-Hongrie 8 universités possédant une faculté de médecine. Ce sont les universités de : Graz, Innsbrück, Klausenburg, Krakau (Cracovie), Buda-Pesth, Prague (université allemande), Prague (université tchèque), Vienne. Dans toutes ces universités, l'enseignement de la dermato-syphiligraphie est représenté par un professeur, chef d'un grand service

(1) Qu'il me soit permis de rappeler ce que je disais à ce propos dans mes *Leçons sur la syphilis* (Paris. A. Delahaye, 1886), pages 1 et suivantes :

« Messieurs, le temps n'est plus où l'enseignement officiel de la dermatologie et de la syphiligraphie était confié soit au professeur de pathologie interne, soit au professeur de pathologie externe, ou même était souvent complètement négligé ou oublié dans les facultés. Il n'y a pas longtemps encore qu'en France, à Paris, l'enseignement officiel de la dermatologie était nul, et que le seul enseignement de dermato-syphiligraphie que pussent trouver les élèves était l'enseignement volontaire, spontané, non officiel, qui leur était donné, non par des professeurs de faculté, mais par des médecins des hôpitaux. Cet enseignement libre était, il est vrai, des plus brillants, grâce à la puissance du génie des maîtres comme Ricord, Bazin, Hardy, etc., et certes, sans ces grands dermatologistes, l'enseignement des maladies cutanées et syphilitiques serait complètement tombé en France ; car, je le répète, la dermatologie n'était pas enseignée dans les facultés de médecine, et ce n'est que par hasard que l'on voyait un professeur de la Faculté de Paris, Rayer, faire sur les maladies de la peau un traité, traité d'ailleurs immortel.

« Ces temps-là sont changés par la force des choses, par la loi de l'évolution. Quand notre enseignement volontaire, excellent par les hommes, mais insuffisant par l'appui et les secours dérisoires qui lui étaient donnés, s'est trouvé en présence de l'enseignement officiel fortement organisé de l'Autriche et de l'Allemagne, son infériorité est devenue notoire. Alors, malgré l'excellence des médecins des hôpitaux spéciaux de Paris, malgré la prodigieuse quantité des malades que contient cette capitale, on vit peu à peu les élèves étrangers et même des élèves français quitter à regret l'enseignement brillant, mais irrégulier de l'hôpital Saint-Louis, pour aller chercher à Vienne un enseignement coordonné, officiel, organisé, complet en un mot. Alors, mais un peu tardivement peut-être, le gouvernement s'émut, les corps scientifiques s'émurent, et on créa, dans les facultés de Paris, de Lyon et de Lille, des chaires cliniques des maladies cutanées et syphilitiques. Ces créations rencontrèrent bien, dans certains cas, quelques oppositions, comme toutes les choses nouvelles et excellentes pouvant léser des intérêts particuliers et mesquins. Et, fait qui n'étonnera pas un psychologue, ces oppositions ne vinrent pas du gouvernement ou des municipalités qui assumaient ainsi de nouvelles charges, mais de certains membres, passer-moi le mot, par trop conservateurs des corps constitués. »

(2) La jeune et ambitieuse Italie a fait depuis quelques années des progrès immenses dans l'organisation de cet enseignement.

spécial. Bien plus, à Vienne, il existe, comme nous le verrons, plusieurs professeurs chargés de cet enseignement.

Situation universitaire du médecin chargé de l'enseignement magistral officiel de la dermato-syphiligraphie, dans les universités austro-hongroises.

Contrairement à ce qui existe en Allemagne, où les privat-docenten constituent une bonne partie du personnel professant officiellement la dermato-syphiligraphie, tous les médecins chargés de l'enseignement magistral officiel de la dermato-syphiligraphie en Autriche-Hongrie sont des professeurs extraordinaires, et même (chose inconnue également en Allemagne, comme nous l'avons vu) des professeurs ordinaires.

Les privat-docenten ne sont, dans aucun cas, chargés de cet enseignement. Bien que très nombreux (à Vienne), ils font simplement des cours accessoires, libres, suivis principalement par les étrangers désireux d'acquérir en peu de temps des notions suffisantes sur la dermatologie et la syphiligraphie. Les élèves autrichiens s'inscrivent surtout chez les professeurs. En somme, les cours des privat-docenten ne sont autre chose que des conférences particulières (privatissime) sur un sujet donné, et devant épuiser ce sujet en un nombre de leçons limité. Le cours des privat-docenten est en général de trente leçons, il se fait en six semaines. L'élève paye de 15 à 20 gulden (20 francs) pour tout le cours. En un cours, le privat-docent enseigne toute la syphilis, ou une partie de la dermatologie. Pour que l'élève puisse apprendre toute la dermatologie, il faut qu'il suive plusieurs cours. Les cours des docenten n'ont aucune relation entre eux; plusieurs docenten peuvent, à la même époque, faire un cours sur le même sujet. Les élèves suivent surtout le cours de celui qui se distingue le plus par son enseignement. C'est peut-être là un défaut. Ne serait-il pas de l'intérêt des élèves et des docenten que ceux-ci s'entendissent pour faire chacun une partie d'un cours complet sur la dermatologie et la syphiligraphie?

Peut-être aussi ce système de libre concurrence est-il une chose utile en entretenant l'émulation des docenten, en leur permettant de se distinguer individuellement par leur enseignement et d'acquérir ainsi des titres qu'ils pourront faire d'autant mieux valoir quand ils brigueront une place de professeur.

Comme ressources destinées à leur enseignement, les docenten peuvent employer les malades des cliniques et polycliniques officielles, si les professeurs le permettent. Mais il arrive parfois que le professeur refuse cette autorisation au docent, soit que celui-ci ne lui plaise pas, soit pour toute autre raison. Dans ce cas, mesure des plus libérales, le docent a le droit d'organiser une polyclinique dans l'hôpital, mais à ses propres frais.

Tel est l'enseignement du docent. Il est en quelque sorte spécial à Vienne. Cela se conçoit d'ailleurs, car ce n'est guère qu'à Vienne que les docenten pourraient trouver un nombre suffisant d'auditeurs étrangers leur permettant de subvenir à leurs frais de cours et de tirer un profit matériel de leur enseignement (1). Pour montrer quelle est l'importance de cet enseignement

(1) L'organisation de l'enseignement médical, chirurgical et des spécialités (ophtalmologie, otologie, laryngologie, etc.) est instituée à Vienne d'une façon si pratique, si commode pour les élèves et pour les médecins étrangers, que ceux-ci y affluent en nombre considérable.

libre accolé à l'enseignement officiel de l'Université de Vienne, qu'il me suffise de dire, qu'en 1886, 700 auditeurs étrangers suivaient les cours des privat-docenten de dermatologie et de syphiligraphie.

Tel est l'enseignement des docenten. Je n'y reviendrai plus, car il constitue en quelque sorte un enseignement extra-universitaire ou tout au moins libre, bien que les membres de ce corps enseignant appartiennent à l'université. Il est, nous avons vu pourquoi, spécial à Vienne. Il n'était pas cependant sans intérêt d'en expliquer le mode d'organisation, car les docenten constituent la pépinière des futurs professeurs de dermato-syphiligraphie des universités autrichiennes.

Les professeurs de dermatologie et de syphiligraphie et les services de dermatologie et de syphiligraphie à Vienne.

Puisque nous sommes à Vienne, voyons comment y est organisé le personnel de l'enseignement officiel de la dermatologie et de la syphiligraphie.

A Vienne, comme à Berlin, l'enseignement officiel de la dermato-syphiligraphie est dédoublé. Il existe une chaire de dermatologie et une chaire de syphiligraphie.

Mais quelle différence entre l'installation et l'organisation des chaires viennoises et des chaires berlinoises. Combien les cliniques de Vienne l'emportent sur celles de Berlin !

Les deux cliniques officielles de l'Université de Vienne se trouvent situées dans cet admirable hôpital, l'*Allgemeine Krankenhaus*, véritable modèle du genre (dont l'excellente installation a été si bien décrite et mise en valeur par Besnier et Doyon dans leur si belle et si patriotique préface à leur traduction de Kaposi, et par Doyon dans son intéressant opuscule sur le mode d'enseignement de la dermato-syphiligraphie contemporaine). Ces deux cliniques sont dirigées actuellement par deux professeurs extraordinaires.

Kaposi : *Clinique dermatologique.*

Neumann : *Clinique des maladies syphilitiques et vénériennes.*

La clinique de Kaposi est suivie par environ 100 à 120 élèves ; celle de Neumann par environ 80 à 100 élèves. Il existe environ 1,400 étudiants en médecine à l'Université de Vienne. Kaposi fait clinique (2 heures de durée) tous les jours, sauf le samedi et le dimanche. On sait, en effet, que les cours chôment à Vienne le samedi et le dimanche.

Mais, outre cet enseignement officiel, universitaire, dépendant uniquement de l'Université et du ministère de l'instruction publique, par le professeur, et le service hospitalier, constitué par la clinique dermatologique et par la clinique des maladies vénériennes, il existe à Vienne un enseignement dermato-syphiligraphique, sorte d'enseignement mixte, dépendant à la fois de l'Université (par son professeur) et de l'Assistance publique viennoise (ministère de l'intérieur), par le service hospitalier attaché à cet enseignement. Il importe maintenant d'en expliquer le mécanisme complexe et mal compris par nos compatriotes.

A l'*Allgemeine Krankenhaus* de Vienne, le ministère de l'intérieur a installé 3 divisions pour les malades atteints d'affections cutanées ou syphilitiques. Chacune de ces divisions comprend de 100 à 120 lits ; elle a pour chef un « primarius » (médecin en chef) dont le titre correspond à peu près à

celui de médecin des hôpitaux (1). L'une de ces divisions (division dermatologique) est adjointe à la clinique de Kaposi; ce qui fait que Kaposi possède outre son service clinique de 60 à 80 lits (service clinique dépendant uniquement de l'Université et du ministère de l'instruction publique), 100 à 120 lits de vénériens (dépendant du ministère de l'intérieur). C'est ainsi que les lits du ministère de l'intérieur viennent augmenter les ressources cliniques de l'enseignement universitaire officiel de la dermato-syphiligraphie, à Vienne.

La troisième division (dépendant du ministère de l'intérieur) est confiée à X..., c'est-à-dire au futur successeur du professeur Auspitz (2).

On tend en général, et l'on comprendra pourquoi, à nommer comme primarius de cette troisième division de l'hôpital général de Vienne un professeur de l'Université ou un docent. Enfin, le ministère de l'intérieur a créé au Rudolph-Spital et au Wieden-Spital, deux divisions, chacune de 100 à 120 lits, pour les malades atteints d'affections cutanées ou vénériennes, dont l'une (celle de Rudolf-Spital) a pour primarius le professeur Wertheim et l'autre (celle de Wieden-Spital), le Dr Hermann.

Nous venons de voir comment les deux premières divisions spéciales du ministère de l'intérieur à l'Allgemeine Krankenhaus venaient renforcer les cliniques dermatologiques et syphiligraphiques de Kaposi et de Neumann, qui, tous deux, sont primarii outre qu'ils sont professeurs, l'un de dermatologie, l'autre de syphiligraphie près l'Université de Vienne.

Voici comment les autres divisions (celle de l'Allgemeine Krankenhans, et celles du Rudolf-Spital et du Wieden-Spital) peuvent servir à l'Enseignement dermato-syphiligraphique.

Lorsque le primarius est, en outre, professeur de l'Université, ou simplement docent, l'État lui accorde le droit de professeur, de faire des leçons sur la dermato-syphiligraphie dans son service.

C'est ainsi que Auspitz, qui était professeur extraordinaire, pouvait faire des leçons, et que Wertheim, qui est professeur extraordinaire, fait clinique.

Mais si le primarius n'appartient pas à l'Université, s'il n'est ni professeur extraordinaire, ni docent, il ne peut faire clinique. Tel est le cas du Dr Hermann (Wieden-Spital). L'on conçoit maintenant pourquoi l'État a de la tendance à placer un membre de l'Université à la tête de la troisième division de l'Allgemeine Krankenhaus. Il concentre l'enseignement dans un même hôpital et y crée ainsi, en somme, trois cliniques dermato-syphiligraphiques. C'est ainsi que le ministère de l'intérieur augmente le nombre des professeurs de dermato-syphiligraphie, à Vienne.

(A suivre.)

(1) Le grade de primarius (grade dépendant uniquement du ministère de l'intérieur et n'ayant aucun rapport avec l'Université) s'acquiert au concours. Ce concours est basé sur l'examen des travaux scientifiques et des titres du candidat; il ne comprend ni épreuves orales ni épreuves écrites.

(2) Le concours (en train de se faire lorsque je commençais à rédiger mon rapport) avait, après l'élimination de nombreux concurrents (parmi lesquels la plupart, si ce n'est la totalité des docenten de l'Université de Vienne), conservé les savants dermatologistes suivants: E. Finger, A. Von Hebra, Lang.

Tout porte à croire que l'éminent professeur ordinaire de l'Université d'Innsbruck sera le remplaçant d'Auspitz, et que E. Finger, le très distingué élève de Neumann, sera nommé à la chaire de dermatologie et de syphiligraphie d'Innsbruck devenue ainsi vacante par le passage de Lang à Vienne.

NÉCROLOGIE.

— Le Dr Chausit, qui s'était occupé de dermatologie, vient de mourir à Paris, à l'âge de 60 ans. Elève et gendre de Cazenave, on lui doit un traité élémentaire des maladies de la peau, reproduisant l'enseignement de son maître, quelques mémoires et quelques articles de journaux. Willaniste convaincu, il combattit avec plus d'opiniâtreté que de succès les doctrines de Bazin, relatives à la nature parasitaire et arthritique de certaines maladies de la peau. C'était un homme honorable, instruit, mais modeste et n'aimant pas à se mettre en avant; aussi il ne trouva pas dans la carrière médicale les succès qu'aurait dû lui attirer son mérite.

A. H.

Le Gérant : MASSON.

